ORTOTANÁSIA

a arte de bem morrer no tempo certo

Hildeliza Boechat Cabral

Atena
Editora
2023

ORTOTANÁSIA

a arte de bem morrer no tempo certo

Hildeliza Boechat Cabral

Atena
Editora
2023

MULTIDISCIPLINAR

MULTIDISCIPLINAR

Ortotanásia: a arte de bem morrer no tempo certo

Diagramação:	Ellen Andressa Kubisty
Correção:	Soellen de Britto
Indexação:	Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão:	Dra. Dulce Helena Pontes-Ribeiro (UERJ)
Autora:	Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C117 Cabral, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat
Ortotanásia: a arte de bem morrer no tempo certo / Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1501-5
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.015230507

1. Ortotanásia. 2. Morte digna. 3. Direito. 4. Bioética. 5. Medicina. 6. Cuidados paliativos. I. Cabral, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. II. Título.

CDD 179.7

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DA AUTORA

A autora desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

MULTIDISCIPLINAR

DECLARAÇÃO DA EDITORA

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus e Pai, ao meu Senhor e Salvador Jesus Cristo e ao Espírito Santo que habita em mim.

Ao Artur, por todas as razões e, em especial, pelo afago.

Às minhas filhas Vívian, Rachel e Liz, por *serem* e aos meus genros Guilherme, Iure e Matheus.

Aos meus netinhos Ana, Benício e Laura, por revelarem todos os dias o amor de Deus por mim.

Ao meu querido pai, Norberto, minha inspiração, e à minha mãe Vasti, mulher virtuosa, já na Eternidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, criador e autor do plano de salvação da humanidade, que mediante extraordinária adoção, nos fez Seus filhos, coerdeiros com Cristo Jesus, nosso Senhor e Salvador. Sem o mover sobrenatural do Senhor, estou certa de que nada do que foi feito se faria. A Ele, pois, sejam tributadas a honra, a glória e o louvor!

Ao meu marido, Artur, pelo apoio, participação e incentivo a meus projetos de vida; sem sua colaboração e abnegação, este ideal não se concretizaria. Obrigada por acreditar tanto em mim, por revisar meus trabalhos e pelo afeto traduzido pelo toque frequente e pelo amor que vence lutas e desafios da rotina de 36 anos de casamento.

Às minhas filhas Vívian, Rachel e Liz, cada uma com sua natureza peculiar que amo e admiro, e traços que lhes são comuns como os fisionômicos, fé, independência, coragem, determinação, personalidade e foco. A vocês, minha admiração por serem amigas, idôneas, responsáveis e prósperas! Aos meus genros Guilherme, Iure e Matheus, filhos que elas escolheram para dar completude à nossa família, pela cordialidade e bem querer.

Aos meus netinhos Ana, Benício e Laura, por encherem de alegria meu coração e transbordarem de rara beleza minha existência. Presentes de Deus que semeiam amor em meu caminhar, tornando-o ainda mais prazeroso e otimista. Desconheço elo terreno mais intenso.

Aos meus pais Vasti (na Eternidade) e Norberto, homem e mulher de fé inabalável, que se doaram todos os dias, que cuidaram incansavelmente de toda a família e por suas lições de vida – as verbais e as observáveis em suas atitudes; e por tudo o que me ensinaram desde tenra idade: que a fé move montanhas e a oração vence todos os obstáculos. Pai, sua inteligência e proatividade aos 92 anos me inspiram; sua capacidade para os projetos e os seus feitos me impressionam; sua fé e resiliência me ensinam; sua disposição para trabalhar e nos assistir me cativam todos os dias! Gratidão por ser um presente de Deus para nossas vidas e se fazer presente nas horas cruciais.

Aos meus irmãos, por estarmos aprendendo juntos a construir pontes sobre abismos, vencer lutas e adversidades, compatibilizar diferenças sem perder a unidade e compartilhar muitas vitórias e alegrias que esta grande família tem conquistado. Obrigada por suas orações, apoio e carinho. Vocês, meus sobrinhos, cunhados e Gracinha, são

fundamentais para minha alegria. À Ieda, irmã também de aspirações acadêmicas, gratidão e reconhecimento de sua contribuição para esta conquista; você tornou aquelas viagens e as adversidades mais amenas. Ao Rogerinho, Betinho e ao Dani por terem me permitido passar horas de regozijo em suas companhias na Iniciação Científica e nos eventos do Grupo de Pesquisa. Muito Gratificante!

Aos irmãos da Igreja Presbiteriana do Aeroporto, em especial, o Pastor Eldon Coutinho e ao meu grupo Parceiros de Oração, pelo amor e as orações compartilhadas.

À Dra. Dulce Helena Pontes-Ribeiro, revisora desta obra, que mais que colega se tornou, ao longo dos anos, uma amiga importante por seus valores e consideração. Sua forma de revisar dialogando, ensina-me preciosas lições de vida e de Língua Portuguesa! Gratidão, sempre!

Ao Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza, meu orientador no mestrado, por acreditar no meu potencial de trabalho e entender que, apesar de árido, o meu tema de pesquisa é lindo e com muitas nuances a serem exploradas. Obrigada pela sensibilidade que o moveu a se interessar pela morte digna e pelos cuidados ao fim da vida, caminhando comigo durante esse tempo, enfrentando as barreiras dos estigmas rumo à concretização da desafiadora, mas surpreendente interdisciplinaridade.

Aos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH) por haver se tornado uma espécie de terapia e frescor para minha experiência acadêmico-profissional.

Por fim, agradeço ao Professor Cristiano Chaves de Farias, pela maravilhosa *Apresentação*, por sua disponibilidade em me atender, com toda atenção e diligência, sempre deixando sua marca em um texto inteligente, bem estruturado, enfim, maravilhoso! Ele é um famoso estudioso do Direito Civil, pessoa pública, autor de muitas obras importantes no contexto jurídico. Receba minha gratidão!

Por derradeiro, agradeço ainda ao Professor Leocir Pessini, expoente da Bioética, falecido em São Paulo, 04/07/2019, que me deixou este rico Prefácio para a obra que estava preparando. Agradeço ainda ao Professor Christian de Paul de Barchifontaine, também eminente bioeticista, falecido em São Paulo, no dia 27 de maio de 2021. Eles foram muito importantes para minha formação bioética, para a compreensão de certas matérias, com rara sensibilidade e uma simplicidade observáveis

em bens poucas pessoas, marcaram minha carreira e minha existência por suas belas lições a respeito da solidariedade, do início e da finitude da vida, cuidados paliativos e pela forma holística de ver o outro, empatia e altruísmo. Pude conhecer pessoalmente o Dr. Christian e desfrutar suas amistosas, meigas e sábias palavras. Não tive oportunidade de conhecer Dr. Leo pessoalmente, pois quando combinamos de nos vermos em um congresso, ele precisou antecipar sua ida para Roma, onde permaneceu por alguns anos.

OCASO

Hildeliza Boechat

Aceitar a finitude é aprender a conviver com a despedida
Mas... o que é de fato a desconhecida morte?
Morte é negação, contradição... depois, certeza da partida
É a busca por caminhos de paz e conforto sem medida, sem corte.

Morrer é se desligar, aos poucos, no coração
Da existência terrena e física, envolta em quimeras
É ir-se afastando da vida e das pessoas queridas: aceitação
De que jamais se verá novamente primaveras...

Aceitar a finitude é conceber o ocaso,
Quando se põe o sol da vida, na última estação
Vislumbrar a imortalidade, ante o adeus leve e suave
É aceitar os erros, a separação e o perdão

E ainda assim sorrir, com a alma escancarada
Agradecer, conformar-se, deixar-se descansar
Sem nada levar, a não ser o consolo de ter sido amada,
Render-se ao Amor Maior e nos braços do Pai se aconchegar!

SUMÁRIO

A Ortotanásia, a arte de bem morrer "no tempo certo": Dizer adeus à vida com dignidade e elegância!

É para mim uma grande honra e um privilégio aceitar o convite de prefaciar esta obra da Professora Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral, “ORTOTANASIA: a arte de morrer no tempo certo”, tendo já prefaciado outras duas obras suas acerca da Mistanásia e das fragilidades provocadas pelo *Aedes aegipt* na saúde pública. Nesta obra, Hildeliza demonstra grande paixão pela questão estudada, sensibilidade ética, sabedoria e conhecimento cultural e profissional jurídico, a partir do qual numa chave interdisciplinar dialoga com outras áreas do conhecimento (medicina, filosofia, bioética), tendo sempre como bússola de sua busca a questão ética do respeito pela dignidade humana.

Pela exposição da autora em sua pesquisa bibliográfica, ficamos sabendo que o conceito de ortotanásia é uma expressão atribuída a Jacques Roskam, da Universidade de Liege, Bélgica, utilizada no Primeiro Congresso Internacional de Gerontologia, em 1950. Este estudioso conclui que “*entre encurtar a vida humana através da eutanásia e a sua prolongação pela obstinação terapêutica existiria uma morte correta, justa, isto é, aquela ocorrida no seu tempo oportuno; por isso a utilização dos termos gregos ‘orthos’ (correto) e ‘thanatus’ (morte)”*.

Chamamos a atenção do leitor a respeito da temática que a autora Hildeliza aprofunda a partir dos seguintes aspectos: num contexto de cuidados tecnologizados, a necessidade de clareza conceitual dos termos em jogo; perguntamo-nos a respeito de como cuidar do bem-estar integral do paciente na fase final de sua vida; e, finalmente, no adeus à vida, a importância de vivenciarmos solidariamente quatro palavras – sentimentos-chave, a saber: obrigado, perdão, eu te amo e adeus! Isto é o que constitui a nosso ver despedir-se da vida com dignidade e elegância.

O contexto de cuidados de final de vida hoje: em busca de clareza conceitual

A discussão ética das questões de final de vida hoje se complexificou com as novas descobertas e interferências da ciência e tecnologia. Em tempos de cuidados terapêuticos tecnologizados, não estamos mais

diante de uma realidade "branca ou preta", mas "cinza"! Temos muitas situações em que as pessoas não estão mortas (ainda existe atividade cerebral), mas estão ainda vivas, em coma profundo, em estado vegetativo permanente. Estas se encontram como que num estado em que a "vida está em suspenso". Num contexto "cinza", que poderíamos comparar a estarmos numa viagem, em que somos repentinamente surpreendidos na rodovia por "neblina", que fecha completamente o nosso horizonte. Somos obrigados a redobrar cuidados, prudentemente sinalizar, talvez parar e procurar discernir o momento melhor para continuar a jornada.

Eticamente falando em final de vida hoje, temos pelo menos *quatro conceitos éticos* em relação aos quais deveríamos ter clareza meridiana, quanto ao seu sentido e significado, a saber: *eutanásia* (estamos perante uma situação de sofrimento "intolerável" e a pessoa solicita que se abrevie a sua vida), *distanásia* ("tratamento fútil e inútil" que só prolonga indevidamente o processo do morrer e o sofrimento humano); *mistanásia* (morte social, não somente de alguns mas de muitos, provocada pela violência, pobreza e descaso de vida) e *ortotanásia* (morte no tempo e no momento certo). O equívoco de conceitos se configurará desastrosa na prática de cuidados de saúde, ou no simples entendimento da realidade. Podemos simplisticamente denominar um procedimento como eutanásico, quando na verdade não é nada disso, trata-se de uma prática ortotanásica, perfeitamente coerente com o cuidado e defesa da dignidade humana, cuidando para que a pessoa se despeça da vida sem sofrimentos e em paz.

Em nosso esforço para elucidar os termos *eutanásia, distanásia, mistanásia* e *ortotanásia,* esperamos ter esclarecido e aperfeiçoado os instrumentos linguísticos (conceitos) a nosso dispor (conceitos supracitados), bem como abrir novas perspectivas e avançar na promoção do bem estar e saúde da pessoa que está no final de sua vida. É função de qualquer reflexão ética clarificar os conceitos em evidência, analisá-los e estruturar os argumentos pertinentes; levar em conta e discernir as alternativas e limites existentes e finalmente apontar um curso ou melhor caminho de ação, ou seja, que proteja e defenda a dignidade da vida do ser humano, principalmente o ser vulnerabilizado pela doença e sofrimento, num momento sempre mais crítico de potenciais manipulações.

Em busca da "saúde" e do bem estar integral do paciente na fase final de vida

Uma luz importante para compreendermos o que significa a ortotanásia, advém da mudança de visão e compreensão do que realmente se entende por saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, no imediato pós-guerra, no estatuto de sua constituição, já chamava a atenção. Em lugar de ser entendida como a mera ausência de doença, propõe-se uma compreensão da *saúde como bem estar global da pessoa: bem estar físico, mental e social.* Hoje, junto a estas dimensões, se acrescenta também a preocupação pelo *bem estar espiritual.* Neste momento se cria uma estrutura de pensamento que permite uma verdadeira inovação no cuidado do doente crônico ou terminal.

Dentro do horizonte da medicina curativa que entende a saúde, primordialmente, como a ausência de doença, é absurdo falar da "*saúde do doente crônico ou terminal*" porque, por definição, ele "*não tem nem pode ter saúde*". Seria simplesmente um absurdo! Porém, se redimensionamos nosso conceito de saúde para focalizar suas dimensões positivas, reinterpretando-a como sendo um estado de bem estar, veremos que tem muito sentido, em se falar da *saúde do doente crônico ou terminal*, já que nos referimos a seu *bem estar físico, mental, social e espiritual*, mesmo quando não há a mínima possibilidade de cura. A perspectiva que emerge é de um novo conceito de *saúde integral!*

O compromisso com promoção e cuidado do bem-estar do doente crônico e terminal nos permite não somente falar de sua saúde, mas, também, de *introduzir e desenvolver um conceito de ortotanásia*, que rejeita toda forma de mistanásia sem, no entanto, cair nas ciladas da eutanásia, e muito menos da distanásia.

O entendimento do conceito de *ortotanásia* permite a alguém que esteja na terminalidade da vida, bem como àqueles que o acompanham, familiares, entes queridos e profissionais da saúde, de enfrentar a realidade do final de vida com serenidade. A noção é de que morte não é considerada como uma doença que forçosamente temos que encontrar a cura (esta visão é que alimenta a prática da distanásia), mas sim uma realidade inerente à nossa condição humana, pelo fato de sermos mortais e finitos. Uma vez aceita esta realidade que a nossa cultura ocidental

moderna tenta esconder e negar, abre-se a possibilidade de entender a importância da *distinção entre curar e cuidar*, isto é, entre manter a vida, investindo terapeuticamente, quando ainda existem possibilidades e chances de cura e recuperação de saúde. Por sua vez, quando já não existem possiblidades de cura ou recuperação, permitir que a pessoa conclua sua existência terrena, em paz, sem acréscimos de sofrimentos.

Neste delicadíssimo processo de cuidar da vida humana vulnerabilizada pela doença, incurável, crônica ou crítica, a dimensão ética é tão importante quanto o componente técnico. O ideal é realizar a integração do conhecimento e habilidade técnico-científica, com a sensibilidade humana e ética, numa única abordagem. Quando se entende que a ciência, a técnica, bem como uma abordagem humanista têm sua razão de ser no serviço à pessoa humana, descobre-se um valor até então escondido ou esquecido. A pessoa enferma necessita ser respeitada, na sua autonomia e valores. Hoje este respeito se reveste na linguagem dos direitos, que entre outros imprescindíveis, elencamos: o direito de saber a respeito de seu diagnóstico e prognóstico; o direito de decidir e escolher o caminho que mais lhe é importante a partir de sua tábua de valores; o direito de não ser abandonado; o direito aos cuidados paliativos para o cuidado da dor e sofrimento e não ser vítima de práticas terapêuticas que lhe abreviariam a vida (eutanásia), bem como vítima da situação oposta, ou seja, da obstinação terapêutica (distanásia); o direito de não ser cuidado ou tratado como um mero objeto (um caso interessante para a pesquisa, ou um número estatístico). Estas são algumas exigências éticas que procuram promover o bem-estar global do doente terminal e, consequentemente, sua saúde integral, enquanto continua vivo, mas já entrou num processo acelerado de dizer adeus à vida física.

Hoje não é mais possível encarar a morte como um fenômeno puramente biológico e técnico, sem se envolver emocional ou profissionalmente. O drama é que, em nossa realidade humana, o final de vida, a morte, recusa simplificações desta natureza. Outras dimensões para além das biológicas e tecnocientíficas entram em jogo. Insistem em ser parte do cenário de tratamentos e cuidados, aspectos jurídicos, sociais, psicológicos, culturais, religiosos, que se "intrometem" e "complicam" esta abordagem unidimensional que cuidados tecnocráticos tendem a

impor neste cenário marcado pela finitude humana. Para além de um corpo biológico, somos sempre lançados, queiramos ou não, gostemos ou não, diante de alguém, de um sujeito, de uma pessoa que reivindica direitos, dignidade e respeito! É o que a filosofia dos cuidados paliativos hoje procura implementar no cuidado das pessoas na terminalidade de suas vidas.

Como afirmava um querido amigo, bioeticista irlandês, religioso redentorista (CssR) que viveu no Brasil por longos anos e que faleceu em 2004 (Fortaleza-CE), "*no fundo, a ortotanásia é morrer saudavelmente, cercado de amor e carinho, amando e sendo amado enquanto se prepara para o mergulho final no Amor que não tem medida e que não tem fim".* Enfim, ao dizermos adeus a alguém, somos sempre desafiados solidariamente a caminhar com esta pessoa *"no vale da sombra da morte*" e juntos vivermos o pleno sentido de quatro palavras-sentimentos: obrigado, desculpe, eu te amo e adeus".

Ao dizermos adeus a um ente querido: quatro palavras importantes!

Em tempos de mundo globalizado e online, de relacionamentos sempre mais superficiais e virtuais, necessitamos redescobrir a importância do encontro pessoal. Não existe nenhum instrumento, aparelho ou substituto artificial que possa dar significado a uma situação humana que por vezes se apresenta como dramática, principalmente quando perdemos alguém querido de nossas vidas. Temos hoje para todo novo e qualquer equipamento o famoso "manual de instruções", mas para estas situações humanas, não existem instruções.

Aqui emerge a importância da presença e também a verbalização de quatro palavras-sentimentos que revelam nossa interioridade sentimental e valores de fé. Se tivermos ouvidos atentos para ouvir o que as pessoas dizem através de seus gestos, expressões faciais e linguagem figurada, vamos descobrir estas quatro palavras-sentimentos, normalmente expressas entre lágrimas... E certas realidades somente passam a existir em nossas vidas, quando nossos olhos forem lavados pelas lágrimas!

"OBRIGADO". Um dos mais profundos sentimentos do ser humano é ser reconhecido e sentir-se valorizado. Quando agradecemos,

expressamos gratidão e reconhecimento pelo dom da vida, pelas pessoas, pelas conquistas, enfim, por tudo com que a vida nos presenteia. Na experiência da dor da perda ocorre o desencantamento – momento em que choramos, reclamamos, revoltamo-nos por vezes. É saudável encararmos a vida e os desafios que ela nos apresenta numa atitude de gratidão, de humilde agradecimento.

"DESCULPE". Ninguém de nós é uma torre de perfeição. Necessitamos do perdão, de perdoar e de sermos perdoados. Somos frágeis e vulneráveis, caímos, erramos, agredimos e também somos feridos na convivência humana. O drama é quando essa experiência se transforma em culpa num coração petrificado que não dá lugar ao perdão. Em determinadas circunstâncias temos que aprender a perdoar a vida por nos ferir tanto! Existe toda uma jornada de humildade a ser percorrida para ressignificar relacionamentos quebrados, sentimentos e dignidade feridos.

"EU TE AMO". Sem amor, não existe vida. Amar é uma expressão profunda de afetividade e ternura humana. É o que leva os nossos olhos cheios de lágrimas brilharem para que vejamos as cores da vida, acreditando que mesmo quando experimentamos o sabor amargo de dias cinzentos e escuros, o sol brilha acima de tudo. Sem amor dificilmente se encontra uma razão para viver, e muito menos um significado para dizer adeus à vida com dignidade e elegância. Quando sofremos a dor da perda de um ente querido, ninguém pode tirar a nossa dor, e aprendemos que a saudade é o amor que fica. Amar é também dar permissão para as pessoas partirem, quando é chegada a hora. Quando dizemos que amamos alguém, estamos dizendo a esta pessoa que ela jamais morrerá (Gabriel Marcel). De fato, ela sempre viverá em nossos corações pelo que semeou de ternura, bondade e amor em nós.

"ADEUS". É a lei da vida: num dia chegamos... noutro, partimos. Uma das experiências mais difíceis do ser humano é a partida de um ente querido. Mas, desde o nascimento até o último dia de nossa existência, a vida não deixa de ser uma série de inúmeras partidas, algumas temporárias, outras permanentes. Frente ao adeus final de um ente querido surge a necessidade de se ajustar à nova realidade em que o outro não estará mais presente. Isto ocorre quando conseguimos substituir a presença física pela doce lembrança que nos deixou. Neste

sentido, o aparente absurdo do fim pode se tornar uma conclusão feliz de uma jornada de vida e um novo início. Os meus valores de vida e fé apontam para este horizonte.

Ao parabenizarmos a Dra. Hildeliza Boechat pela ousadia e coragem de entrar numa discussão ética ante uma problemática tão complexa e difícil, fazemos votos de que esta obra seja amplamente divulgada e conhecida, não somente nos meios acadêmicos e científicos das áreas das ciências humanas e da vida, mas também para a sociedade. Certamente será de grande valia, quando tivermos de enfrentar situações críticas, conflitivas e de final de vida, em que seremos chamados a decidir, ou fazer escolhas em termos de tratamentos sustentadores de vida, em relação a nossos entes queridos.

Roma, 26 de fevereiro de 2016.

Leo Pessini

Professor doutor no programa de Bioética Stricto sensu (mestrado, doutorado e pós-doutorado) do Centro Universitário São Camilo (São Paulo) e no mestrado em Bioética da UNIVÀS (Universidade do Vale do Sapucaí – Pouso Alegre – MG).

"Não é da morte que temos medo, mas de pensar nela."
(Sêneca, filósofo latino, 4 a. C.-65.d.C)

Já há algum tempo percebo a dificuldade que nos toca de tratar da morte e das questões que lhe cercam. Motivações de ordem religiosa, econômica, social, antropológica... se unem a justificar um olhar recrudescido em relação à morte, como se a vida pudesse se eternizar em si mesma. Como se a morte não fosse o epitáfio de uma vida digna.

Talvez por isso, ao receber o honroso (mas, leve e feliz) convite de Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral para anunciar (como os sinos das catedrais) a sua obra *Ortotanásia:* a arte de bem morrer no tempo certo, me deparei com uma dificuldade intelectual ululante: como formular uma interessante apresentação de um livro que trata desse indesejado momento, que é a morte? As nossas mentes repulsam de tal modo a morte que transformamos em momentos de vida e de celebração mensagens claramente ligadas ao término da existência humana. Veja-se, ilustrativamente, a bela canção *Aquarela*[1] que, malgrado verse, a toda evidência, sobre a morte que *a tudo descolorirá*, é cantada, talvez pelo impulso colorido da publicidade, como um festejo de vida e tons de alegria...

Nessa ambiência desfavorável à abordagem do tema, louvo a obra e o esmero da Professora Hildeliza Boechat, de Itaperuna (RJ). Coragem, técnica e didática são características que saltam aos olhos da leitura deste livro. Coragem porque se mostra propositiva, chamando a atenção para aspectos pouco explorados pela literatura, estabelecendo uma fundamental correlação entre a ortotanásia e o direito à morte digna. Técnica por utilizar de um fecundo diálogo com outros setores do conhecimento, como a Medicina e a Religião, com vistas à completude e coerência. E, por derradeiro, didática em razão de sua estrutura orgânica, partindo de aspectos gerais para chegar ao reconhecimento da admissibilidade do instituto em nosso estágio atual da ciência jurídica, inclusive por conta das diretivas antecipadas, já regulamentadas pelo

1 Relatando a relevância de Aquarela em sua vida profissional, após revelar que a música "alerta para o enigma do futuro que guarda em seu bojo a implacável ação do tempo, fazendo tudo perder a cor, perder o viço, perder a força", Toquinho narra que a música foi sucesso primeiramente em solo italiano, onde mereceu o título de Acquarello. La, o disco saiu com 30 mil cópias que se esgotaram no segundo dia. "Essa música tem realmente um aspecto emocional muito forte, um apelo comercial, as pessoas ouvem e se envolvem", como consta do site oficial do artista, http://www.toquinho.com.br/epocas.php?-cod_menu=11&sub=46.

Conselho Federal de Medicina.

Bem por isso, a leitura do livro é impositiva para a mais contemporânea compreensão da temática. Inovadora e cuidadosa nas conclusões, *Ortotanásia:* a arte de bem morrer já se vocaciona a figurar na literatura jurídica como obra tendente a ser divisora de águas, singrando correntes ainda não navegadas pela clássica doutrina brasileira.

Aliás, o contato com o cativante livro da Professora fluminense Hildeliza me trouxe à mente um dos instigantes textos do jovem escritor gaúcho Fabrício Carpinejar, em seu *Me ajude a chorar* (Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014, p. 128), ao afirmar, em uma de suas crônicas, que pretende

> "morrer bonito. Morrer com o rosto descansado e satisfeito. Morrer com um pouco de preguiça. Morrer sobrando. Morrer com a vontade de amar a mulher da noite. Morrer espiando as ofertas dos classificados, completando as palavras cruzadas do jornal. Morrer com as articulações das pernas firmes e os braços levantando o peso das frutas. Morrer sabendo o resultado de meu time e sua posição no campeonato. Morrer com confiança. Morrer respirando largamente. Morrer com a memória das datas prediletas. Não morrer pessimista. Não morrer desesperançado. Não morrer longe de mim. Morrer feliz com o que eu tive e fui capaz de fazer. Morrer acenando com força na janela dos olhos de Deus".

O tema, portanto, é marcante, envolvendo reflexões das mais diversificadas ordens – o que permite antever o alvissareiro momento em que se apresenta.

Aliás, no longínquo ano de 1927, em meio às turbulências de grandes conflitos humanitários, Sigmund Freud, ainda que por vias transversas, já advertia que a cultura humana repousa sobre a repressão de impulsos antissociais naturais aos homens e a religião é a principal força a controlar estes impulsos, estabelecendo padrões de comportamento controladores do desejo: "psicologicamente falando, estas crenças apresentam o fenômeno da realização do desejo. Desejos que são as realizações dos desejos mais antigos, mais fortes e mais urgentes da humanidade" (*O futuro de uma ilusão,* São Paulo: L & PM, 2010, p.38). E dentre os desejos está a necessidade de agarrar-se à existência do Pai, com o consequente prolongamento da existência terrena por uma vida futura, sinalizadora da imortalidade da alma humana.

Ora, de fato, vem prevalecendo entre as culturas ocidentais

uma ideia (repetida com uma obsessão quase atávica) de que a vida humana não pertence ao titular, sendo-lhe indisponível e que o conceito de dignidade humana é pautado por uma parametrização social, conspirando no sentido de que somente o Ente Divino, onipotente e onipresente, poderia determinar a cessação da existência humana, por maior que seja o sacrifício e a dor impostas a uma pessoa humana.

Nunca se respondeu, no entanto, às instigantes e verticais indagações subjacentes à matéria. A morte é, sem dúvida, um dos maiores enigmas do universo, carregando consigo questões às quais a ciência, mesmo na pós-modernidade, não consegue ofertar resposta adequada e suficiente.

De todo modo, conquanto sejam óbvias as dificuldades acerca do tema, a Professora Hildeliza acreditou na fina argúcia do cientista austríaco, Pai da Psicanálise, de que o trabalho científico constitui "a única estrada que nos pode levar a um conhecimento da realidade externa a nós mesmos" (*op. cit.,* p. 45).

E, com esse móvel, produziu uma página literária de invulgar pertinência e oportunismo. Superando uma visão genérica, neutra e indiferente de que o conceito de dignidade alcançaria a todos de maneira uniforme, inova ao propor uma compreensão da dignidade humana personalizada, levando em conta as particularidades de cada pessoa, os seus anseios, histórias e perspectivas. Consta, *verbum ad verbo*, de suas conclusões a necessidade de uma "*visão humanizada"* da ortotanásia, para conjugar parâmetros éticos, médicos e jurídicos.

Supera-se, assim, preconceitos para garantir o atendimento à principiologia garantista da *Lex Fundamentallis*. E adiro, no ponto, à assertiva de que o fundamento da dignidade humana não deve ser universal. Os humanos são especiais pela sua simples existência e, por isso, reclamam tratamentos individualizados, respeitada a sua essência específica. Nessa linha de intelecção, portanto, a dignidade há de ser vista a partir de uma compreensão individual, vocacionada ao cuidado que cada ser merece em si.

Não tenho dúvidas de que a leitura desse instigante livro renova os meus estudos e percepção sobre o tema. A cada página, lembrei do soneto musical de que "*isso me acalma, me acolhe a alma, isso me ajuda a viver."* Trata-se de importante contributo para uma visão menos

preconceituosa da matéria, mas técnica e interdisciplinar. Até porque o futuro precisa ser mais inclusivo e tolerante. É chegado o momento de vencer repetições de tempos remotos, incompatíveis com a realidade.

A ojeriza que toca à maioria das pessoas em relação à morte precisa ser sub-rogada por uma visão mais humanista de que a morte digna há de ser o corolário natural e inexorável do direito a uma vida digna (CF, art. 1º, III). Assim, proteger-se-á o ser humano. Assim, ressaltar-se-á o cuidado como uma consequência clara da dignidade humana – como bem concatena a autora dessa obra.

Até porque, invocando a poesia sensível de Vinícius de Moraes, "a morte chega a ser impressentida, nunca inesperada (...) dos homens *que matam a morte por medo da vida"* (MORAES, Vinícius de. *Nova antologia poética*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 41).

E falando sobre algo esperado, arremato esta aprentação para permitir que o leitor já tenha o merecido contato com essa bela obra que inova, transcende e propõe.

Praia do Forte, Bahia, aguardando as águas de março, no outono de 2023.

CRISTIANO CHAVES DE FARIAS

Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado da Bahia
Mestre pela Universidade Católica do Salvador – UCSal.
Professor de Direito Civil do Complexo de Ensino Renato Saraiva – CERS
(www.cers.com.br)
Professor da Faculdade Baiana de Direito
Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família – IBDFAM

> Amar é uma expressão profunda de afetividade e ternura humana. É o que leva os nossos olhos cheios de lágrimas brilharem para que vejamos as cores da vida, acreditando que mesmo quando experimentamos o sabor amargo de dias cinzentos e escuros, o sol brilha acima de tudo. Sem amor, dificilmente se encontra uma razão para viver, e muito menos um significado para dizer adeus à vida com dignidade e elegância (PESSINI, 2016, p.6, prefácio desta obra).

Neste prólogo, agradecida a Deus pela oportunidade de disponibilizar esses escritos aos leitores que, como eu, amam estudar a dignidade humana, expresso quanto me sinto honrada pelo lindo prefácio e a maravilhosa apresentação desses eminentes autores, com os quais tenho aprendido ricas lições de vida. Publicar minhas reflexões nesta obra a qual intitulei “Ortotanásia: a arte de bem morrer no tempo certo” representa a realização de um sonho. Não somente por amar estudar a temática em estudo, mas por me dedicar a ela durante longo tempo, amadurecendo-a, lapidando-a, mantendo a atualização das informações, das alterações legislativas e doutrinárias, desde quando tive a honra de receber o Prefácio do Professor Leo Pessini até o presente momento.

Movida por uma verdadeira emoção, tamanha a minha alegria e gratidão por ter, nesta oportunidade, reunido dois eminentes nomes: o Bioeticista Leo Pessini e o Civilista Cristiano Chaves de Farias, mas confesso, com uma preocupação adicional, qual seja, tentar não frustrar a expectativa do seleto público a quem me dirijo. Se por um lado, é uma honraria ter meus escritos lidos por essas personalidades de tão alto gabarito, por outro, nasce uma enorme responsabilidade em não decepcionar meus leitores, pois se torna um desafio ímpar escrever logo após as brilhantes considerações desses dois ícones. Sou apreciadora de ambos e, nunca perdi oportunidade de ler suas obras, de mergulhar de forma absoluta na viagem que eles me proporcionam por meio de tudo o que eles têm escrito.

Tive oportunidade de trocar e-mail e mensagens no WhatsApp com o Dr. Leo Pessini (em Roma e em São Paulo), mas não sabia que ele estava prestes a se despedir deste mundo! Foi profundo conhecedor de Filosofia, Bioética, saúde humana e coletiva, dentre outras áreas igualmente importantes no estudo da humanização e olhar holístico ao ser humano. Por igual, muitas oportunidades de conversar também por e-mail e WhatsApp com Professor Cristiano, em participações dele em

congressos organizados por mim, um admirável jurista, com quem tenho aprendido muito. Muitas são as razões que me levam a registar aqui minha gratidão e todos os votos de muita saúde, paz e toda sorte de prosperidade que lhe desejo.

Minha inclinação para estudos a respeito da dignidade da pessoa humana, principalmente na morte, não é recente, pois, foi-me muito difícil presenciar as condições em que minha avó paterna (2004) e minha sogra (2008) faleceram. A distanásia era o que se conhecia (não a nomenclatura, mas a conduta): muitas dores, medicação para todo tipo de incômodo, cujos efeitos colaterais aumentavam as situações a demandarem mais medicamentos, corpos inchados de forma absurda e coma induzido quando a vida se tornara um sofrimento indescritível. Muitas dores, imensurável desconforto e um quadro que a família sofre por presenciar. Recentemente foi minha mãe (2021): muitas leituras, inúmeros esforços de oferecer a ela a morte digna, paliar, cuidar, tratar, proteger e colocá-la a salvo de toda obstinação diagnóstica e excesso terapêutico. Mas falhamos ainda, precisamos melhorar, precisamos de maior número de profissionais que consigam se dedicar à proposta dos cuidados paliativos, revezando-se de forma a promover o cuidado global da pessoa doente, o atendimento integral, a fim de que a efetividade alcance as pessoas, em seu leito.

Passei a me perguntar se havia alguma forma de eu influenciar o pensamento e as práticas, ainda que de forma incipiente, quando decidi pesquisar, escrever, publicar, dedicar-me a esses temas durante mestrado e doutorado. Por esse motivo, esta obra é a realização de um sonho, de um projeto de longa data.

Além desses temas, estudo questões relativas ao envelhecimento humano, outros assuntos de Bioética, reprodução assistida e a Mistanásia, que é diametralmente oposta à Ortotanásia, pois se refere à morte miserável. Muitas questões estudadas pela Bioética preocupam-nos nesta fase que a humanidade atravessa, pós Covid, com tantos reflexos na vida humana, na saúde mental e física da população, em especial, das pessoas que se encontram em maior vulnerabilidade.

O objetivo desta obra é explicar a Ortotanásia como o procedimento que melhor preserva os interesses da pessoa enferma, protegendo-lhe a dignidade, de forma a propiciar maior bem estar nos derradeiros

momentos da existência humana. Morrer no momento certo, é uma arte que somente as pessoas preparadas e atentas às demandas do outro, movidas por um enorme sentimento de solidariedade podem proporcionar. Não podemos desistir, apesar das inúmeras e quase invencíveis dificuldades pelo caminho, ainda que sejamos poucos a erguermos esta bandeira... caminhemos... se não for possível correr, mas parar, jamais!

Hildeliza Boechat

Itaperuna, 13 de março de 2023.

RESUMO

A morte sempre foi um tema envolto em tabus e falar sobre a finitude da existência com leveza tem sido uma experiência muito gratificante, pois a maioria das pessoas prefere não se manifestar, ou se valer de eufemismos ou de expressões extremas para se referir ao óbito. Nosso objetivo na presente obra é explicar a importância da morte digna como consectário natural do direito constitucional à dignidade da pessoa humana e esclarecer que a Ortotanásia, longe de significar uma abreviação da vida (eutanásia), busca promover a finitude da pessoa em condições de conforto, equilíbrio e segurança, conservando-lhe a dignidade até os últimos momentos da existência. A Ortotanásia sofreu, repúdio e censura durante algum tempo, por equivoco das pessoas, confundindo-a com a Eutanásia, entretanto temos agora uma zona menos cinzenta, de maior clareza e mais realista a respeito da morte digna. Não se trata aqui de deixar a vida seguir seu curso natural e simplesmente “deixar morrer”, mas permitir sim que a morte chegue, de forma confortável, com todo suporte, atenção e cuidados capazes de promover a morte digna, pois de nada adiantaria ao ser humano ter vida digna, como cumprimento do mais ousado anseio da Constituição Cidadã, se sua a morte não ocorrer em condições igualmente dignas. Ortotanásia é um tema interdisciplinar da Bioética, em suas interfaces com Direito, Medicina e outras ciências humanas e da saúde, cujo principal fundamento jurídico é o respeito à autonomia, à dignidade humana. Vencidas as questões da eticidade e da legalidade na seara jurídica tanto na doutrina pátria, como nos julgados dos Tribunais Estaduais; na Medicina, temos Resolução do CFM específica acerca da legalidade e eticidade do procedimento ortotanásico (Resolução Nº 1.805/2006), o Código e Ética Médico (CEM) e entendimento bastante favorável. Por fim, a adoção de cuidados paliativos (visando oferecer conforto, consolo e controlar os sintomas) é fundamental para promover ou preservar a dignidade da pessoa a fim de que ela possa morrer com máximo conforto, tranquilidade, da forma como desejou. Por fim, havemos de concluir que três pressupostos éticos se tornam indispensáveis à adoção da Ortotanásia: doença irreversível em estado terminal, consentimento da pessoa enferma e adoção dos cuidados paliativos. Somente nos contornos destes parâmetros éticos e legais, a Ortotanásia alcançará a efetivação da dignidade da pessoa humana.

PALAVRAS-CHAVE: Morte digna. Bioética. Direito. Medicina. Cuidados paliativos. Interdisciplinaridade.

INTRODUÇÃO

Como fomos cuidados para nascer, precisamos também ser cuidados para nos despedirmos da vida. Cuidar é um desafio que une competência tecnocientífica e ternura humana, sem esquecer que *"a chave para morrer bem está no bem viver!"* (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 453).

A presente obra estuda a Ortotanásia, apresentando-a sob a ótica da morte digna, no “tempo certo”, sem agruras, preservando ao máximo a autonomia e a dignidade da pessoa enferma. A Ortotanásia é uma forma humanizada de se enfrentar os últimos dias da existência humana, tornando-os tão expressivos em qualidade quanto os dias em que a pessoa agora enferma gozou de plena saúde e bem-estar. Trata-se de um conceito relativamente novo (1950) e quase não debatido no âmbito acadêmico e da sociedade, que tenta, a despeito dos mistérios e mitos que envolvem a morte, promovê-la de forma humanizada, confortável e com máximo de bem estar possível.

Para explicarmos a Ortotanásia, é necessária a prévia compreensão de sua relação com a Eutanásia e a razão pela qual elas se distanciam. A Eutanásia é uma prática milenar, tendo sido realizada ao longo da História por diferentes povos, por vários motivos e entendida sob dois diferentes aspectos: provocar a morte, denominada eutanásia ativa, e deixar morrer, que corresponde à eutanásia passiva. A Ortotanásia deriva dessa segunda espécie, a partir de contornos ditados por uma nova concepção vislumbrada por alguns autores contemporâneos, distanciando-se da Eutanásia para assumir novo conceito, qual seja, a acepção da “morte no tempo certo”, que se constitui objeto desta abordagem. Por isso, a expressão *Ortotanásia* não pode ser tomada como sinônima de Eutanásia (antecipação da morte), Suicídio Assistido (pôr fim à própria vida com assistência de terceiro), Distanásia (morte tardia e dolorosa), tampouco de Mistanásia (morte miserável, por abandono). A Ortotonásia não provoca a morte de imediato, nem tem objetivo de encurtar a vida, visando, porém, não prolongar o processo de morte quando o estado de terminalidade da pessoa aponta para o seu inexorável fim.

Feitas essas considerações, propomos a compreensão a respeito da eticidade, legalidade e aplicabilidade da Ortotanásia no Brasil, sendo oportuno observarmos que em certos países do mundo a Ortotanásia vem sendo amplamente aplicada. No Brasil, entretanto, ainda enfrenta algumas resistências do ponto de vista ético, jurídico, médico e religioso. O aspecto religioso não será objeto de análise, porque objetivamos buscar uma reflexão imparcial, não obstante reconheçamos a importância das convicções religiosas como fator responsável por grande parte de nossas condutas na vida privada e em sociedade. No aspecto filosófico, a temática é apresentada sob o prisma da Bioética, quando levamos em conta a abordagem ética relativa às questões da finitude da vida humana, a fim de analisar se a Ortotanásia é procedimento apto a preservar a dignidade

do paciente, produzindo bem-estar e consolo à pessoa no momento de maior fragilidade e vulnerabilidade: o momento de sua morte.

Na atual perspectiva do direito, não temos mais muita controvérsia, embora parte da doutrina penal entenda haver ilícito e parte da doutrina civil admita sua prática com fundamento no princípio da dignidade da pessoa e na liberdade de autodeterminação da pessoa (vontade em decidir pela ortotanásia), resguardando seus direitos existenciais. Por esse raciocínio, é facultada à pessoa enferma a relativa disposição dos direitos de personalidade, sendo-lhe possível decidir licitamente pelo não prolongamento da própria vida.

Preliminarmente, cabe assinalar que o Direito e a Medicina têm caminhado no sentido de adotar a Ortotanásia. No Direito, o Projeto de Lei nº 236/2012, do Novo Código Penal, visa à exclusão da ilicitude da prática, em consonância com a aplicação de princípios jurídicos do Direito Civil-constitucional como a dignidade da pessoa humana, o direito à autodeterminação e ao não sofrimento. Importante salientar que, durante o processo legislativo, todo projeto de lei é submetido à prévia análise de constitucionalidade e de eticidade, sendo frontalmente rejeitadas as disposições que porventura venham a ferir a moral e os bons costumes dos cidadãos sobre os quais aquela legislação incidirá.

No que tange à Medicina, a partir da Resolução nº 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina (doravante apenas CFM), aos médicos é permitida a interrupção de tratamentos que prolongam a vida de pacientes sem chances de cura e do Projeto de Lei nº 524/2009 que traz oportunas definições de procedimentos paliativos (cuidados empregados no tratamento de pacientes terminais que visam minorar a dor e promover a morte de forma serena), entende-se a prática da Ortotanásia como lícita ao médico. O texto da referida normativa, associado às disposições do Código de Ética Médica (CEM, que também é uma Resolução do CFM), de 2019, tratam do respeito à autonomia do paciente, evidenciando que no exercício da Medicina a decisão consciente da pessoa deve ser observada e respeitada.

A análise que propomos aprecia a legalidade e a aplicabilidade da Ortotanásia para então explicá-la como conduta lícita, ética e em plena consonância com os princípios norteadores da Constituição Cidadã[1], com a principiologia do Direito Civil e Criminal e ainda com o exercício consciente da Medicina.

Tomando por base a premissa de que toda conduta humana deve ser

1 Expressão de Ulysses Guimarães, então presidente da Assembleia Constituinte, para designar a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, por se tratar de sua principiologia inspirada nos ideais de cidadania e respeito à pessoa.

pautada em um juízo de valor realizado pela própria consciência do agente, podemos inferir que o agir humano é permeado por suas crenças, filosofia de vida, ideologia, religião, consciência política e suas próprias vivências. Além disso, a todo tempo, esse conjunto de valores que influenciam a vida humana sofre mutações, umas superficiais, outras profundas, o que conduz a pessoa a novas formas de pensar e sentir determinados conceitos e situações de vida – podendo ela rever suas concepções e passar a adotar novas linhas de ação, conceber a Ortotanásia como morte digna e serena, no tempo certo. Por isso, ao lidarmos com o fim da existência humana, eis que se impõe uma necessidade: é preciso levar em conta que a morte também é conteúdo de direitos humanos, sendo de capital relevância respeitar o momento no qual o titular da vida realiza a travessia para a morte – seus sentimentos, dores, emoções, estado terminal de angústias e sofrimentos que parecem não mais ter fim – e tentar promovê-la de forma digna, mais natural e indolor possível.

Pois bem, a Ortotanásia seria uma conduta legal? Do ponto de vista da Ciência Jurídica e da Medicina, seria uma conduta não reprovável pela lei e pela sociedade? Seria lícito deixar de utilizar suporte vital com o objetivo de poupar a pessoa de atravessar um longo e doloroso processo de morte? Mesmo que essa conduta corresponda à própria vontade da pessoa, manifestada de forma livre e consciente? Questionamentos dessa natureza embasam uma série de situações que circundam o momento da morte, da Ortotanásia, da análise sobre a licitude e adoção da prática pela Medicina, discutidas e apresentadas nesta obra, que analisa os vários aspectos da Ortotanásia no Brasil. Não pretendemos abordar as questões religiosas, nem esgotar o tema estudando qualquer outro paralelo como a eutanásia e demais conceitos afins, que embora apareçam subjacentes na obra, surgirão sempre com o fim específico de esclarecer os limites da Ortotanásia. Temos um tema multifacetado, analisado em suas interfaces com algumas ciências humanas e da saúde, às quais se encontra ligado de forma interdisciplinar: um estudo à luz da Bioética, Direito e Medicina, pelo qual buscamos compreender os diferentes aspectos desta abordagem.

Ainda pouco estudadas, as questões jurídicas a respeito da Ortotanásia apresentam indicadores jurisprudenciais de que caminha rumo à consagração da legalidade, em consonância com a Medicina que a admite desde o revogado CEM, de 2009 e o vigente Código de Ética Médica (doravante CEM), de 2019, que ratifica Resolução Nº 1.805/2006, que disciplinou de forma específica a conduta médica ortotanásica.

A relevância desta abordagem é a atualidade do tema, seu elevado valor como direito de personalidade e o necessário reconhecimento da importância dos cuidados paliativos para a medicina desta terceira década do século XXI. Essas reflexões no seio da sociedade visam proporcionar conhecimento sobre a matéria, bem como despertar nas pessoas a consciência acerca dos requisitos para a adoção da Ortotanásia no Brasil de forma lícita, respeitando os parâmetros legais. Isso porque a morte, como fim da existência humana, traz inúmeros questionamentos, ansiedades e inseguranças, pois, ante o desconhecido, o ser humano se vê desprovido de recursos capazes de fazê-lo vencer seus próprios medos e tratar com objetividade o rumo para o qual seguem todos os seres humanos, a cada dia – a morte.

CAPÍTULO 1

ORTOTANÁSIA: "A MORTE NO TEMPO CERTO" E EXPRESSÕES AFINS

> O compromisso com promoção e cuidado do bem-estar do doente crônico e terminal nos permite não somente falar de sua saúde, mas, também, de *introduzir e desenvolver um conceito de ortotanásia*, que rejeita toda forma de mistanásia sem, no entanto, cair nas ciladas da eutanásia, e muito menos da distanásia (PESSINI, prefácio desta obra, 2016, p.3).

No primeiro momento, vamos deixar claro que Ortotanásia não se refere a deixar a vida seguir seu curso natural e simplesmente “deixar morrer” (CABRAL, 2017, p. 78), conforme expliquei no Anuário de Bioetica Juridica, Buenos Aires, mas permitir que a morte venha, de forma confortável, com todo suporte, atenção e cuidados capazes de promover a morte digna, pois de nada adiantaria ao ser humano ter vida digna, ousado anseio da Constituição Cidadã, se a morte não ocorrer em condições igualmente dignas.

1.1 CONCEITO E BREVE HISTÓRICO

Tem havido no Brasil significativo aumento da classe de pessoas idosas (com idade superior a 60 anos). A população se torna idosa a cada dia no mundo inteiro. A expectativa de vida cresce e os idosos conquistam novos espaços, causando uma alteração na configuração da saúde pública.

> O envelhecimento populacional cresce exponencialmente e, atualmente, o número de idosos excede o de crianças. Em 2030, uma em cada oito pessoas terá mais de 65 anos e em 2050 5% das pessoas terão mais de 85 anos. A longevidade aumenta a incidência de doenças complexas, de alto custo. Enfermidades que tinham desfecho agudo tornam-se crônicas. Cresce o número de pessoas de 90-100 anos. Cuidados especializados são oferecidos a pacientes com câncer nas suas várias modalidades, também em programas de cuidados paliativos (KOVÁCS, 2014, p. 96).

O fenômeno do envelhecimento da população aliado ao progresso tecnológico e científico levou o homem à contínua atualização, passando a utilizar-se de meios mais avançados para superar situações antes invencíveis. Essa perspectiva se verificou notadamente na saúde no que tange à manutenção da vida humana. Os hospitais passaram a disponibilizar serviços e aparelhos modernos, com tecnologia de ponta aos pacientes: suporte vital de última geração, contribuindo para que a pessoa seja mantida viva de forma artificial por um lapso temporal cada vez mais extenso.

Nesta mesma linha de ideias, explica Diana Agrest: “Desde el punto de vista de la medicina como práctica y como institución, las nuevas tecnologías de alta complejidad modificaron nuestra relación con la vida, pero también con la muerte, dado que lograron transformar enfermedades terminales en crónicas” (AGREST, 2007, p. 18). Agrest salienta que a terapia intensiva dispensada hoje na fase terminal era outrora inimaginável e enquanto existe um sopro de vida biológica, é possível ativar os rins, bombear sangue ao coração, respirar mecanicamente, sustentar as funções vitais prolongando a vida indefinidamente.

É certo que a evolução das novas tecnologias, medicamentos e técnicas cirúrgicas acarretaram espantoso crescimento da expectativa de vida da população. Diversas doenças antes sem possibilidade de tratamento, apresentam hoje, tratamentos com exitosos e bons prognósticos. Essas alterações determinaram o dogma da cura e o máximo prolongamento da vida humana.

A partir dessas considerações, inferimos que da evolução tecnológica verificada na Medicina emerge um juízo de valor, pelo qual ponderamos: até que ponto a vida deve ser mantida artificialmente? Qual será o limite ético da dor? Até que ponto devemos suportar as dores? Será que a vida deve ser mantida a qualquer preço? Será que é a vida mais importante do que a dignidade da pessoa enferma? É lícito proteger a vida até o ponto em que essa conduta passa a constituir franca violação ao direito constitucional da dignidade da pessoa humana? Pensamos que não pode ser assim. Precisamos repensar a prática médica e a condição humana do paciente, enxergando para além da obstinação de salvar a vida e mantê-la a qualquer preço. Precisamos compreender a Ortotanásia, para então adotá-la, se a enfermidade é irreversível, de cura inviável e a pessoa não mais deseja ser submetida ao excesso terapêutico. Ou será que suportar a vida, mesmo à custa de intensa dor e sofrimento, não fere sua dignidade?

Ao distinguir dor de sofrimento, Leo Pessini nos ajuda a compreender a dimensão das angústias pelas quais passa o enfermo: “A dor geralmente está associada à dimensão físico-orgânico-corporal e o sofrimento ao todo da pessoa” (PESSINI, 2004, p. 176). Assim, podemos perceber de forma clara que uma intensa dor (que é de ordem fisiológica) conduz, por via de consequência, ao sofrimento que provoca na pessoa um estado de depressão, comprometendo sua felicidade por completo, uma vez que o sofrimento atinge a pessoa em sua unidade, de forma integral. O sofrimento impede a pessoa enferma de desfrutar qualquer benefício.

Explica Santoro (2012) que Ortotanásia é uma expressão atribuída a Jacques Roskam, da Universidade de Liege, Bélgica, utilizada no Primeiro Congresso Internacional de Gerontologia, em 1950, quando concluiu que entre a abreviação da vida pela eutanásia e o prolongamento pela obstinação existia uma morte no tempo correto, por isso o conceito etimológico a partir da justaposição dos prefixos gregos “orthos” (correto) e “thanatus” (morte). Então, entre abreviar a vida e postergá-la para além do tempo que seria normal, existe um estágio intermediário que corresponde ao “tempo certo”, ao momento em que, de forma natural, o curso da vida seria interrompido: o exato instante em que a

morte ocorreria, sem nenhuma intervenção. Essa oportunidade ideal (nem antes nem depois do que seria a morte natural) é o ponto de equilíbrio, a “hora certa”, fruto da ponderação a que Jackes Roskam denominou Ortotanásia, conforme mencionado. O autor “opõe-se aos atos de encurtamento ou prolongamento da vida humana, este último caracterizado ainda pelo intenso sofrimento a que se submete inutilmente o paciente, já que seu quadro mórbido não será revertido” (SANTORO, 2012, p. 132). Maria Julia Kovásc explica a relação existente entre a Ortotanásia e a dignidade da pessoa enferma: a ortotanásia promove a morte digna no tempo certo, mediante controle da dor e dos sintomas físicos, psíquicos e outros aspectos das dimensões sociais e espirituais. Por ser multidisciplinar, oferece suporte à família na elaboração do luto antecipatório e no momento pós-óbito, por isso se torna um procedimento de respeito à dignidade da pessoa enferma (KOVÁSC, 2014).

Advertia Gerson Camata (2010, p. 138) que “Defender o direito de morrer dignamente não se trata de defender qualquer procedimento que cause a morte do paciente, mas de reconhecer sua liberdade e sua autodeterminação”. Por isso não podemos confundir o direito à morte digna por meio da Ortotanásia com a aceitação de formas de abreviação da vida. É necessário que percebamos a Ortotanásia como uma forma humanizada de morrer. Compará-la à eutanásia é um equívoco.

A proposta da Ortotanásia é a humanização do processo de morte, visando auxiliar a pessoa no momento em que atravessa uma fase delicada da vida – o final da existência humana –, necessitando de companhia e suporte emocional para que a morte ocorra de forma serena e o mais naturalmente possível. Santoro elucida: “A ortotanásia, em verdade, seria a verdadeira boa morte, já que o paciente poderá morrer com dignidade, no momento correto, sem encurtar ou prolongar a sua vida. A morte não pode ser vista como um fracasso, como um inimigo a vencer” (SANTORO, 2012, p. 134). No mesmo sentido, complementando esse juízo, a morte se liga à sensação de erro ou fracasso, pois os médicos são formados para salvar e curar; mas estudos demonstram que eles precisam rever essa conduta, reconhecer a terminalidade, deixar a luta pela vida e implementar esforços para promover conforto (MORITZ, R. D. apud SILVA et al., 2014, p. 359).

A adoção da Ortotanásia ainda é discutida. Roxana Borges comenta a existência de objeções por parte da doutrina: o principal argumento contrário ao procedimento é que os médicos podem falhar ao determinarem a irreversibilidade da doença. E em certos casos, pode haver falha na determinação do momento da

morte. Então, o debate se torna mais amplo que a licitude ou não da ortotanásia, abrangendo “a indagação sobre os limites ou possibilidades do conhecimento científico em determinado momento” (BORGES, 2007, p. 237). Por sua vez, Diaulas Costa Ribeiro analisa a licitude da suspensão do esforço terapêutico:

> No Brasil, não há autorização legal para a eutanásia nem para o suicídio assistido. Mas, a suspensão de esforço terapêutico, encontra-se na Constituição Federal (art. 1º, III, e art. 5º, III – que reconhece a dignidade humana como fundamento do estado democrático brasileiro e diz expressamente: ninguém será submetido à tortura *nem a tratamento desumano ou degradante* –, no Novo Código Civil (art. 15) – que autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos –, na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90, art. 7º, III) que reconhece o direito à autonomia do paciente – e no Código de Ética Médica – que proíbe o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora de um quadro de *emergência médica de salvação*, o que não é o caso do paciente com quadro irreversível, sem nenhuma resposta a qualquer tipo de tratamento (RIBEIRO, 2006, p. 281).

Esclarece Cabette “Em outros países a questão da Ortotanásia já foi enfrentada na seara jurídica, sendo exemplo a Holanda que legalizou pioneiramente a prática no ano de 2001, seguida pela Bélgica em 2002. Também no Estado de Oregon, nos Estados Unidos, a Ortotanásia é permitida legalmente (TRANSFERETTI apud CABETTE, 2013) e ainda Estados Unidos, Itália, Canadá, França, Inglaterra, Japão e Brasil (GÓIS, 2007). No Brasil, a Resolução Nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamentou a prática médica da Ortotanásia, que envolve o cumprimento de certos requisitos como: doença grave em estado terminal, consentimento do enfermo (se consciente – ou excepcionalmente da família) e adoção de cuidados paliativos, que serão analisados em momento oportuno.

1.2 CASOS CONCRETOS

Apesar da importância da dignidade da pessoa humana, reconhecida como axioma norteador do ordenamento jurídico, ainda não se conta com muitos casos de Ortotanásia conhecidos. Os mais comuns não são os referentes a doentes em estado vegetativo, sobre o qual ainda pairam opiniões controvertidas, pois conforme se expressam Pessini e Barchifontaine (2014, p. 451) além de não se tratar de estado terminal, no estado vegetativo o doente não necessita de apoio tecnológico para as funções vitais, podendo permanecer estáveis por longa data, além de não ser possível prever se ele se restabelecerá um dia. Trata-se de um estado de ausência de reação, caracterizado pelo estado de vigilância,

alternância de ciclos sono/vigília, aparentemente sem consciência de si e do ambiente à sua volta, com ausência de respostas aos estímulos, conservadas as funções autônomas e de outras funções cerebrais. Segundo os referidos autores a Ortotanásia é adequada aos casos de doenças em fase terminal, conforme veremos adiante.

Diaulas Costa Ribeiro comenta a licitude da suspensão do esforço terapêutico (a que ele denomina SET):

> Nela, pacientes em estado vegetativo persistente ou em fase terminal de doenças incuráveis autorizam a suspensão de tratamentos fúteis que visam apenas adiar a morte, em vez de manter a vida. A SET põe fim à obstinação terapêutica, à distanásia, à insistência tecnológica em se adiar a morte, como se isso fosse bom e possível para sempre. Com a evolução das tecnologias médicas, a cada dia há mais meios para se manter esse *encarniçamento terapêutico*, como dizem os espanhóis, que não pode ser visto como tratamento porque não cura. Apenas dá suporte a atividades vitais primárias e pode deixar vivo, por anos, e à custa de grande sofrimento e recurso de toda ordem, alguém que está clinicamente terminado. Com a SET, o paciente não morre de uma overdose de cianureto de potássio, de adrenalina ou de heroína; morre da própria doença, da falência da vida que só é eterna na prosa, na poesia e na visão perspectiva de algumas religiões (RIBEIRO IN PEREIRA, 2006, p. 280).

O Diretor do CFM, o cardiologista Roberto D'Ávila, um dos responsáveis pelo texto da Resolução 1.805/2006 que disciplina a Ortotanásia, disse em entrevista ao Jornal O Globo, naquela época, que "os médicos são treinados para vencer a morte a qualquer custo" e o mais importante é que os médicos se preocupem mais com o paciente e menos com a morte (D'ÁVILA apud CABETTE, 2013).

O primeiro caso de Ortotanásia de que se teve notícia de forma ainda tímida e não classificado à época como tal foi o do Papa João Paulo II, que morreu em 2 de abril de 2005 nos próprios aposentos no Palácio Apostólico. Conta D'Ávila que o Papa optou por não permanecer internado em unidades de terapia intensiva, escolhendo passar seus últimos dias em quartos comuns, valendo-se apenas de cuidados paliativos (D'ÁVILA apud CABETTE, 2013).

No Brasil, o caso do ex-governador do Estado de São Paulo Mário Covas, embora pouco comentado, deve ser mencionado. Alexandre Magno Fernandes Moreira Aguiar aponta a Lei Estadual Nº 10.241/99 de São Paulo, reguladora do sistema de saúde, como precedente da Resolução Nº 1.805/2006, pois já permitia a recusa de tratamento doloroso ou extraordinário objetivando prolongamento da vida pelo doente. Segundo ele, o Governador Mário Covas sancionou a lei "como político e paciente", já sabedor de estar acometido de câncer; e dela se utilizou

mais tarde quando paciente terminal para afastar o "prolongamento artificial da vida" (AGUIAR apud CABETTE, 2013, p. 36).

Outro caso a merecer destaque foi o da norte-americana Nancy Cruzan, de 25 anos, que capotou o carro em 1983, permaneceu por cerca de 10 a 12 minutos sem oxigenação cerebral, ficando em coma por três semanas. Dez meses depois, frustradas todas as tentativas de reabilitação, os pais (que juntamente com o marido eram representantes legais), solicitaram a suspensão da nutrição e hidratação assistidas, procedimentos antes autorizados pelo marido. O hospital não suspendeu os procedimentos sem autorização judicial. Em 1990, após 17 anos de demanda judicial, conseguiram autorização para a suspensão do suporte vital, quando então veio a falecer (GOLDIM, José Roberto, 2005).

Terri Schiavo, outra situação, após rigorosa dieta entrou em estado vegetativo. O marido enfrentou demanda judicial em face dos pais durante quinze anos, findos os quais, em 2005, obteve autorização judicial para a retirada do suporte vital (GOLDIM, José Roberto, 2005).

Casos como esses começam a surgir e, tendentes a se tornarem cada vez mais comuns, têm sido classificados pela mídia como eutanásia – fato que provoca discussões e divide opiniões, principalmente entre os países que não a adotam. Trata-se de casos de Ortotanásia, procedimento legítimo, principalmente se a pessoa doente manifestou intenção de autodeterminar-se por documento próprio ou perante a família e/ou amigos.

Diaulas Costa Ribeiro enumera esses, como exemplos de muitos outros casos, "um entre milhares que ocorrem todos os anos no mundo, inclusive no Brasil" (RIBEIRO, 2006, p. 276). O referido autor comenta o caso Terri Schiavo como um "espetáculo", um "episódio que tomou a mídia por razões políticas, não por sua natureza clínica" servindo-se do precedente de Nancy Cruzan, que garantiu o direito à autonomia. Conclui o autor pela inadequação de se usar eutanásia para designar a conduta autorizada por decisão judicial:

> Lamentável, contudo, que se tenha classificado como *eutanásia* esse procedimento clínico que não foi uma verdadeira eutanásia. Como o espetáculo não podia morrer, a catarse do fundamentalismo necessitava de tempo para criar, na comunidade em geral, um sentimento de oposição ao Judiciário e à forma de tratamento dado à silenciosa vítima. Vítima de um modelo de inconveniências e hipocrisia, muitas delas nascidas de concepções religiosas, segundo as quais, viver, sofrer e morrer são etapas inevitáveis – compulsórias, portanto – da existência humana (RIBEIRO, 2006, p. 277).

Segundo lição de Claus Roxin, se a pessoa recusa internação em unidade de

terapia intensiva ou cirurgia que salvaria sua vida, o médico deve deixá-la morrer – decisão corretamente deduzida de sua autonomia (ROXIN apud RIBEIRO, 2006, p. 277). Conclui Ribeiro:

> Nesse contexto, cabe a nós, candidatos a esses ritos de passagem, adotar medidas que assegurem a cada um, no exercício do direito sobre o próprio corpo, a escolha da morte oportuna. Não respeitar esse direito à autonomia é constrangimento ilegal, podendo até ser entendido como abuso de poder e lesão corporal (RIBEIRO, 2006, p. 277).

O Caso Vincent Lambert, por sua vez, foi um marco na União Europeia: o Tribunal Europeu de Direitos Humanos autorizou o desligamento dos aparelhos que alimentavam Vincent Lambert – decisão que dividiu a família do paciente. Ele ficou tetraplégico em razão de um acidente de carro ocorrido em 2008 e entrou em coma (LICHFIELD, John, 2015).

1.3 EUTANÁSIA: PONTUANDO DISTINÇÕES

Embora ambas as condutas se caracterizem por compaixão, promovendo a morte de forma serena e sem dor, é necessário que se estabeleça distinção entre essas expressões, por apresentarem sensível diferença, conforme demonstraremos adiante. Então, para a compreensão da Ortotanásia, é conveniente que apresentemos antes a Eutanásia e a evolução desse conceito.

Segundo Marreiro (2014, p. 145) "a conduta de tirar a vida daqueles que sofrem é tão antiga quanto à própria humanidade". E salienta que essa prática além de objetivar o fim do sofrimento físico ou psíquico do enfermo, visava também retirar da sociedade as pessoas inaptas para a vida, narrando como na Grécia eram eliminados os recém-nascidos "defeituosos" e idosos. Antes de ser considerada uma antecipação da morte, a Eutanásia visava apenas amenizar o sofrimento daqueles que se encontravam em estado terminal. É o que explica Borges (2007, p. 234), elucidando a acepção original da expressão eutanásia:

> [...] na verdade, conforme o sentido originário da expressão, seriam medidas eutanásicas não a morte, mas os cuidados paliativos do sofrimento, como o acompanhamento psicológico do doente e outros meios de controle da dor. Também seria uma medida eutanásica a interrupção de tratamentos inúteis ou que prolongassem a agonia. Ou seja: a eutanásia não visaria à morte, mas a deixar que esta ocorra da forma menos dolorosa possível. A intenção da eutanásia, em sua origem, não era causar a morte, mesmo que fosse para fazer cessar os sofrimentos da pessoa.

A expressão Eutanásia foi cunhada em 1623 por Francis Bacon, filósofo inglês, em sua obra *Historia vitae et mortis*, referindo-se à prática que deveria ser

aplicada pelos médicos a fim de produzir morte serena às pessoas que agonizavam com doenças incuráveis (FRISO apud MARREIRO, 2014). Leo Pessini e Christian Barchifontaine (2014, p. 408; 409). apresentam uma evolução semântica do conceito de Eutanásia, iniciando pelo sentido etimológico: "[...] (do grego *eu*, 'boa', e *thanatus*, 'morte')", significando "morte boa, sem dores e angústias", que para o estoicismo indicava que "o sábio podia e devia assumir sua própria morte quando a vida não tivesse mais sentido para ele". Mais tarde, no século XVII, a expressão assume o sentido de pôr fim à vida de uma pessoa enferma. A seguir, apresentam o conceito clássico: "tirar a vida do ser humano por considerações 'humanitárias' para a pessoa ou para a sociedade (deficientes, anciãos, enfermos incuráveis etc.)" (PESSINI; BARCHIFONTSINE, 2014). Com o passar dos anos, o conceito de Eutanásia foi-se distanciando dessa ideia e aproximando-se, cada vez mais, da prática através da qual se implementam intervenções objetivando a abreviação da vida. Hubert Lepargneur conceituou Eutanásia da seguinte forma: "emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam ou em razão de outro motivo de ordem ética" (LEPARGNEUR apud VIEIRA, 2012). Todavia, ensinam Leo Pessini e Christian Barchifontaine (2014) que no Século XX a eutanásia assume conotação pejorativa, paulatinamente passando a representar um simples eufemismo para designar a supressão da vida voluntária e sem dor provocada, da pessoa que sofre ou que poderia sofrer de dor quase insuportável.

Mesmo ante a existência de relevante valor moral da conduta, é inegável que a Eutanásia abrevia a vida de forma planejada, premeditada e antes do que seria o momento próprio, natural – provocando a morte – o que é uma conduta eticamente reprovável no Brasil pelo Direito e pela Medicina. Inclusive, o Código de Ética Médica (CEM) – a Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 do Conselho Federal de Medicina (BRASIL. CEM, 2019) – no seu art. 41, proíbe a prática de abreviar a vida, ainda que a pedido do paciente.

A Eutanásia pode ser ativa e passiva. Enquanto na ativa, a morte resulta da interferência direta de terceiro (mediante aplicação ou ingestão de drogas letais, por exemplo), na passiva, de uma conduta omissiva de supressão ou interrupção dos cuidados médicos que mantêm a vida, provocando a morte, explica Santoro (2012). Leo Pessini e Christian Barchifontaine identificam também as espécies ativa e passiva da Eutanásia, embora a essas não se restrinjam, já que admitem duas outras definições que não se aplicam ao doente grave.

Explicamos ainda que o conceito de Eutanásia Passiva não pode ser confundido com o de Morte Assistida, conforme os autores acima. Se por um lado, na Eutanásia Passiva o autor mata por omissão, não praticando conduta para evitar a morte, quando deveria agir (CABETTE, 2013); por outro, na Morte Assistida a pessoa enferma necessita de outra para colocar a substância letal ao seu alcance, como o *caso Ramon Sampedro*, que permaneceu tetraplégico por quase 30 anos, encontrando uma rede de pessoas que decidiram prestar-lhe auxílio ao suicídio, culminando com a ingestão de cianureto de potássio diante de uma câmera filmadora, com o simples gesto de virar o pescoço para alcançar o canudo posto em um copo, à cabeceira da cama (RIBEIRO, 2006). A distinção feita por Martin é bastante esclarecedora: na eutanásia o médico age ou se omite e dessa ação ou omissão é que surge a morte; no suicídio assistido a morte não depende da conduta de terceiro de forma direta, sendo fruto de ação do próprio doente – orientado, auxiliado ou observado pelo terceiro (MARTIN, 1988, p. 171).

Hoje não mais se confunde a Ortotanásia com a Eutanásia, uma vez que a Eutanásia abrevia a vida, enquanto a Ortotanásia não a abrevia, nem a posterga: apenas permite que ela ocorra naturalmente, no seu tempo certo. Ademais, somente se pode falar em Ortotanásia em face de ineficácia de uma intervenção médica ou mesmo uma inutilidade de tratamentos, porque o processo de morte já se iniciou, cabendo apenas a adoção de cuidados paliativos capazes de diminuir a dor e causar bem-estar, promovendo a morte serena. Explica Santoro que Ortotanásia opõe-se à noção de Eutanásia e de Distanásia. Ou seja, é pressuposto da Ortotanásia o estado de terminalidade do enfermo – constatação do irremediável processo de morte, segundo explica Santoro (2012).

Vieira (2012, p. 247) acrescenta que "autores e médicos costumam confundir Ortotanásia com Eutanásia passiva, expressões que, bem compreendidas, guardam sentidos absolutamente diversos, ou mesmo opostos". Oportuno, então, diferenciar-se Ortotanásia de Eutanásia Passiva. Esclarece Santoro que embora ambas venham convergir para uma ação por compaixão, propiciando morte sem dor através da omissão na prestação ou na continuidade do tratamento, divergem no ponto de vista fundamental: no momento do início da morte. Na Ortotanásia, a morte já se iniciou; na Eutanásia Passiva esta omissão é que causará a morte (SANTORO, 2012, p. 138).

No mesmo senso, Márcio Palins Horta comenta: "a atitude de deixar morrer, permitir que a vida chegue ao seu fim natural, decorrente da aceitação da finitude humana, é muito diferente da supressão de terapêuticas que resulta diretamente

na abreviação da vida do doente" (HORTA apud VIEIRA, 2012, p. 248). Nesse mesmo sentido, Luis Guillermo Blanco explica: "eticamente 'fazer morrer', por ação ou omissão – eutanásia – é diferente de 'deixar morrer', verdadeira ortotanásia, ressaltando que a diferença primordial se encontra na intenção dos agentes, ainda que as consequências sejam as mesmas, isto é, o fim da vida do paciente" (BLANCO 1997, p. 35).

Corrobora ainda essa diferença a lição de Leo Pessini e Christian Barchifontaine que distingue eutanásia de "deixar morrer em paz":

> Tendo em vista a complexidade da questão, alguns autores, entre os quais o eticista Javier Gafo (Espanha), propõe discutir a questão em torno dos termos "deixar morrer em paz" e "eutanásia". Deixar morrer em paz seriam "aquelas situações em que se toma a decisão de continuar mantendo a vida, suprimindo determinadas terapias ou não as aplicando a um enfermo em que não existem possibilidades de sobrevivência, porque ele próprio expressou sua vontade explicitamente ou porque se pode pressupor" (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 409).

Nessa linha de intelecção, a Eutanásia assume a acepção de antecipação da morte, enquanto a hipótese do "deixar morrer em paz" corresponde à Ortotanásia. Entretanto, os autores não utilizaram essa expressão para designar o processo de permitir que a morte siga seu curso natural, que é a adoção do procedimento ortotanásico. Os referidos autores comentam ainda duas espécies de eutanásia: neonatal e social:

> Uma é a das crianças que nascem com defeitos congênitos das quais se subtrai o alimento para evitar o sofrimento do sujeito e um peso para a sociedade. Fala-se aqui da *eutanásia neonatal*. A outra acepção é a chamada *eutanásia social* em que não se trata de opção da pessoa, mas da sociedade, em consequência do fato de se recusar investir em casos de custos elevadíssimos no caso de doentes com enfermidades prolongadas. Os recursos econômicos seriam reservados aos doentes em condições de voltar sadios à vida produtiva (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 410).

A Eutanásia Neonatal, já explicada, é caracterizada pela antecipação da morte de bebês que possuem anomalias. Já a Eutanásia Social – ou Mistanásia – é resultante do descumprimento do Poder Público quanto à promoção da saúde pública e da vida digna. É necessário frisar que somente cabe aplicação da Ortotanásia quando já iniciado o processo de morte, enquanto na Eutanásia a abreviação da vida pode ocorrer diante da notícia de uma doença incurável. Nessa linha de intelecção não se deve compreender a Ortotanásia como antecipação da morte, mas sim como meio de permitir que o fim da vida humana aconteça naturalmente, abstendo-se de tratamentos fúteis, valendo-se tão somente dos

denominados cuidados paliativos necessários, capazes de amenizar o sofrimento e conduzir à morte serena e sem dor, já que inevitável.

1.4 DISTANÁSIA, OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA OU TRATAMENTO FÚTIL

A Distanásia é uma palavra de origem grega *dis* (incorreto) e *thanatus* (morte), caracterizadora de morte sofrida e cruel, comumente associada à obstinação terapêutica, sem resultados benéficos para o paciente (BERTACHINI; PESSINI, 2011, p. 166). Para introduzir o tema, traz-se uma reflexão de Leo Pessini em obra dedicada ao estudo da Distanásia:

> A questão de fundo é definir quando uma determinada intervenção médica não mais beneficia o doente em estado crítico, terminal, em estado vegetativo persistente, ou o neonato concebido com seríssimas deficiências congênitas, e torna-se, portanto, fútil e inútil. A insistência em implementá-la vai resultar numa situação que caracterizamos como distanásica (PESSINI, 2007, p. 163).

A Distanásia – ao contrário da Ortotanásia, que busca a morte no seu tempo certo – posterga o processo natural de morte, por meio de implementação de medidas terapêuticas que já não produzem resultado algum, sendo certo que o estado geral do paciente já aponta para a finitude da vida. Ocorre quando a pessoa enferma é vítima da obstinação terapêutica, levada ao sofrimento extremo, devido ao excesso de medicamentos e procedimentos a que é submetida, pondo-lhe a dignidade em risco, ou mesmo chegando a ter um final indigno, em razão das agruras que suporta. Esse fato acontece em razão da não aceitação da finitude da vida humana pela pessoa enferma ou por sua família, conforme constatam Pessini e Barchifontaine:

> Podemos ser sim curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos disso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 455).

Longe de promover a morte digna, a Distanásia configura desrespeito à pessoa, instrumentalizando-a, quer pela vontade dos familiares, quer pela conduta obstinada da equipe médica que reputa a morte um fracasso da Medicina. Letícia Ludwig Möller, reconhecendo a luta do ser humano para aceitar a morte, explica a razão pela qual as pessoas normalmente optam pelo excesso terapêutico: devido à dificuldade de enfrentar a finitude da vida e aos avanços tecnológicos, que favorecem variados tipos de intervenções, procedimentos e tratamentos que

evitam ou adiam a morte ao máximo (MÖLLER, 2012, p. 24).

Ao perceberem que o estado de saúde se agrava e que o fim do doente se aproxima, médicos e familiares dão início a uma avalanche de procedimentos e medicamentos que, em tese, poderiam "salvar" a pessoa. E não o fazem com má intenção: ao contrário, a interpretação tradicional do juramento de Hipócrates torna o comportamento dos médicos totalmente voltado para a luta contra a morte e, movidos pela ânsia de salvar a vida a qualquer custo, praticam a obstinação terapêutica, a Distanásia, sendo essa prática comum e corriqueira e que, na quase totalidade dos casos, conta com a aprovação da família. Constata Marreiro (2014, p. 47): "Há, por assim dizer, uma busca insensata pela imortalidade humana"

A Distanásia, segundo os juristas Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald (2023) equivale à postergação artificial do processo de morte, mesmo com sofrimento do paciente, por meio de agonia, mesmo sem possibilidade de cura, caracterizando verdadeira obstinação pela pesquisa, tecnologia, desconsiderando o seu direito à dignidade.

Renato Sertã (2005, p. 32) sustenta que "talvez o conceito mais atual de distanásia seja 'tratamento médico fútil', quando ministrado em pacientes portadores de graves moléstias, para as quais não há solução facilmente identificável pela ciência médica". Nesse contexto, a futilidade do tratamento se explica por sua absoluta desnecessidade, sendo certo que nada adiantará para modificar o quadro do paciente, portanto irrelevante qualquer atuação, procedimento ou medicamento que possa promover cura. Leo Pessini, abordando o tratamento fútil, explica que

> Os tratamentos têm sido categorizados como fúteis quando não atingem os objetivos de adiar a morte; prolongar a vida; melhorar, manter ou restaurar a qualidade de vida; beneficiar o paciente; beneficiar o paciente como um todo; melhorar o prognóstico; melhorar o conforto do paciente, bem-estar ou estado geral de saúde; atingir determinados efeitos fisiológicos; restaurar a consciência; terminar a dependência de cuidados médicos intensivos; prevenir ou curar a doença; aliviar o sofrimento; aliviar os sintomas; restaurar determinada função; e assim por diante (PESSINI, 2007, p. 62).

O denominado tratamento fútil é aquele que não apresenta nenhuma utilidade, não traz benefício ao enfermo ou à sua família, não produz qualquer efeito, sendo seu resultado indiferente para o quadro clínico ou para o bem-estar do paciente. Encontra-se presente também na lição de Santoro (2012) para quem a Distanásia se caracteriza por excesso terapêutico que não produz cura ou salvação do enfermo, procedimentos esses que lhe impõem sofrimento e dor, por isso tratamento fútil, que não consegue reversão do quadro fisiológico que levará

o paciente a óbito. Por sua vez, Luis Guillermo Blanco se refere à Distanásia como "encarniçamento terapêutico" (BLANCO, 1997, p. 31), valendo-se de expressão extremista para designar o estado de quase-morte em que se encontra o paciente terminal quando submetido à obstinação terapêutica.

A Distanásia se justifica em tese pela dificuldade que tem o ser humano para o enfrentamento da própria morte, conforme já se ressaltou, e corresponde à obstinação terapêutica, à busca pela manutenção da vida a qualquer custo, sem se ponderar o melhor interesse do doente.

Nesse caso, há preterição da dignidade da pessoa humana em detrimento da luta pela infalibilidade da ciência, submetendo o paciente a um nível extremo de dor e sofrimento, conforme alerta Vieira (2012, p. 233): "atenta contra a dignidade da pessoa humana".

A Distanásia é uma conduta que precisa ser revista, fruto da ação médica movida por equivocada interpretação do juramento hipocrático (que a vida deve ser mantida a todo custo, mediante qualquer sacrifício), o que não se coaduna com a proteção à dignidade da pessoa humana, valor máximo do ordenamento jurídico e ainda da vontade da família que insiste na manutenção da vida da pessoa enferma, sem se preocupar com as dores profundas que lhe causam o excesso terapêutico, diminuindo-lhe a dignidade e aumentando-lhe o suplício, em um ambiente hospitalar frio e impessoal, que só lhe causa tristeza, angústia e extremo desconforto.

A perspectiva médica deste novo tempo é prospectiva e indica a importância de uma Bioética global solidária, em que a solidariedade "representa uma obrigação positiva de agir em favor do outro" (PESSINI et. al., 2015, p. 21), um conceito segundo o qual deve ser concedida ao enfermo a possibilidade de vivenciar seus últimos dias com tranquilidade e serenidade, longe das sondas e aparelhos que submetam a dores capazes de lhe diminuir a dignidade.

1.5 MISTANÁSIA: A "MORTE MISERÁVEL"

O vocábulo Mistanásia possui etimologia grega: *mis*, que significa infeliz, miserável e *thanatus*, que significa morte. Segundo Bertachini e Pessini, *mis* significa "rato" e *thanatus* "morte", sendo a expressão Mistanásia cunhada por Leonard Matin para designar a morte miserável, fora e antes do tempo, em consequência do abandono e do descaso social (BERTACHINE; PESSINI, 2011).

Denominada ainda Cacotanásia ou Eutanásia Social, seria uma forma de morte precoce, sofrida, lenta, cruel e miserável, tendo como causa a desigualdade

social e econômica, a vulnerabilidade da população carente e outras causas como a falta de saneamento básico, as péssimas condições de saúde pública, a droga, o crime, a miséria social e a deficiência de vagas nos hospitais públicos. Na maioria das vezes ocorre pelo descaso do poder público em relação à classe pobre da sociedade, surgindo dessa noção a expressão Mistanásia. Em obra específica acerca da Mistanásia, inicio da seguinte forma: "Anunciar a existência de Mistanásia no Brasil não enseja dificuldade, pois os fatos falam por si: as mortes miseráveis, indignas e precoces, de pessoas cujas vidas não são valorizadas, ocorrem de forma recorrente" (CABRAL, 2020, p. 19). Isso porque as mortes prematuras e evitáveis estão todos os dias estampadas nos noticiários, tão comuns e corriqueiras que quase já não incomodam mais. Configuram Mistanásia as diversas situações de violência, miséria, fome, abandono social, tráfico de entorpecentes, homicídios, epidemias, corrupção, poluição, suicídio, dependência química, analfabetismo, acidentes de trânsito e outras formas de violência urbana, chacinas, feminicídio, doenças, precarização da saúde, população carcerária, gravidez na adolescência, mortalidade infantil, à desigualdade e exclusão social, dentre outras situações (CABRAL, 2020).

A expressão Eutanásia Social, entretanto, se examinada de forma cuidadosa, não se mostra adequada à realidade, pois transmite a noção de uma "boa morte" social, afastando-se de sua acepção etimológica, razão pela qual preferimos utilizar a expressão Mistanásia, cujo prefixo *mis* pode ser tomado como sinônimo de *rato*, demonstrando que a morte do ser humano como a de um rato nada tem de boa, nem produz alívio do sofrimento. Maria Helena Diniz a define como "a morte do miserável, fora e antes de seu tempo, que nada tem de boa ou indolor" (DINIZ, 2007, p. 352).

O estudo da Mistanásia se torna importante pelo fato de a atual perspectiva dos direitos da personalidade reclamar por uma "morte digna" e menos dolorosa. "É neste sentido que a bioética latino-americana começou a se preocupar com outro tipo de eutanásia: a eutanásia social", explicam Paolo; Ribas; Pereira (2006, p. 274-275), delineando que a distinção entre eutanásia e mistanásia está no resultado, pois uma provoca morte suave e sem dor e a outra morte dolorosa e miserável, respectivamente. A Mistanásia ocorre nas seguintes situações do cotidiano:

> Pessoas fragilizadas morrem nas extensas filas de espera dos grandes hospitais antes mesmo de receberem a qualidade de "pacientes": cenas corriqueiras nos atendimentos públicos de saúde nas capitais do Brasil. Essa situação tem obrigado os cidadãos a acionarem a

> Justiça com o objetivo de obterem, por força de decisão judicial, a prestação do serviço de saúde, que, por lei, deveria ser acessível direta e gratuitamente à população. Assim, os necessitados veem-se obrigados a acionarem a máquina estatal do Judiciário, em busca de uma sentença, para obterem os recursos de que necessitam para seu tratamento (CABRAL, 2020, p. 22).

A Mistanásia acontece por falta de investimento nos hospitais públicos para os doentes que necessitam de tratamento prolongado, portanto de alto custo, fato que desestimula o poder público a despender recursos econômicos para que estes enfermos voltem a ter uma vida produtiva. Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald (2023) exemplificam a mistanásia citando o exemplo de um médico que, em caso de acidente, tem que decidir qual das vítimas terá atendimento em detrimento da outra. Nesse mesmo viés de raciocínio, outra situação no cotidiano dos hospitais públicos: dois acidentados em estado grave chegam de ambulância, ambos necessitando de respirador artificial. Até existem dois médicos de plantão, mas não há dois aparelhos de oxigênio disponíveis (devido à carência de aparelhamento, que pode ser pela inexistência de outros ou pela falta de manutenção daqueles existentes, que se encontram com defeito). O médico terá que escolher dentre dois pacientes qual deles será beneficiado com o atendimento em detrimento do outro, que poderá vir a óbito. O médico é obrigado a estabelecer critérios para o atendimento e optar pelo que apresenta maior possibilidade de cura, deixando morrer o paciente que se encontra em estado de saúde menos viável. E essa conduta, não rara nos hospitais públicos do Brasil, tende a se repetir indefinidamente.

Pessini descreve a precarização da saúde, as políticas públicas de saúde inadequadas e iníquas, com investimentos muito aquém dos necessários, que ocasionam mortes em nível social de milhares de pessoas vulneráveis. Pessini *et al.* (2015, p. 159) afirmam de forma enfática: “Mistanásia significa a morte de pessoas cuja vida não é valorizada, ocorre nos porões da sociedade, no submundo da violência e do tráfico, por isso são desconhecidas, desconsideradas ou até mesmo ocultadas”.

Mistanásia é a morte ocasionada em decorrência do abandono do doente pelo Poder Público, uma situação degradante, na qual a pessoa morre à míngua, sem mesmo ter sido atendida pelos hospitais públicos, antes mesmo de obter o *status* de “paciente”, ou até por abandono no próprio leito hospitalar, por erro médico ou carência de medicamentos ou aparelhamento (suporte vital) que os hospitais públicos deveriam oferecer, mas não o fazem. Cabette (2013, p. 32) expõe de forma clara sua indignação a respeito da precarização da saúde pública:

> Realmente há uma certa hipocrisia cruel e perigosa na suposta preocupação com a oferta de uma “morte digna” quando muito pouco se faz para propiciar o respeito pela dignidade humana dos viventes. Deve-se tomar sérios cuidados para que não se enverede por um caminho seletivo em que a alguns seja mantida e assegurada sua vida digna, reservando a outros, na falta de melhor opção e para que não atrapalhem o bem-estar dos demais, uma “morte piedosa”.

Formulei em meus estudos um conceito de Mistanásia, que compartilho: “Mistanásia é a morte prematura, evitável, lenta e indigna de pessoas socialmente excluídas em consequência da banalização da vida humana, devido a causas diversas que vão desde o abandono social e doenças a outros riscos naturais ou provocados a que estão expostas as pessoas vulneradas” (CABRAL, 2020, p. 27).

Na obra em que analiso a Mistanásia, identifico quatro diferentes grupos de causas de mistanásia e as circunstâncias em que ocorrem:

CAUSAS	CIRCUNSTÂNCIAS
Causas Geográficas	Distância dos grandes centros, comunidades localizadas em lugares de difícil acesso do ponto de vista físico-geográfico, limitações por acidentes geográficos, más condições de estradas, carência de transporte, inacessibilidade aos postos de atendimento.
Causas Sociais	Banalização da vida, desde o abandono pela própria família à exclusão social, tráfico de drogas, conflitos, sequestro, acidentes de trânsito, dependência química, violência, estupro, feminicídio, más condições de habitação, risco provocado por outrem.
Causas Ambientais	Riscos naturais, decorrentes de fenômenos da natureza, catástrofes climáticas, enchentes, trombas d’água, secas, cheias periódicas de certas localidades, dentre outras de mesma espécie.
Causas Políticas e Sanitárias	Precarização de infraestrutura da saúde pública, questões referentes à deficiência de saneamento básico (tratamento de água e esgoto), atendimento de saúde precarizado e ineficiente, falta de controle de doenças e seus vetores, dentre outras hipóteses que demandam eficazes políticas públicas.

Fonte: CABRAL, 2020, p. 30-31.

A Mistanásia demonstra o desrespeito do poder público pela dignidade da pessoa humana, uma vez que deveria propiciar não somente a “morde digna”, mas a vida com qualidade, bem-estar e saúde. Assim, a Mistanásia está relacionada à deficiência de políticas públicas de saúde, à má qualidade de vida e inexistência de programas sociais adequados à população, importantes quesitos que deviam ser parte integrante do planejamento do governo em busca do cumprimento dos ideais de cidadania, do princípio da solidariedade e promoção de justiça social.

Apresentam-se ainda outras formas de Mistanásia, como o macabro episódio ocorrido em um manicômio mineiro, que, reproduzindo as ideias de “eugenia

nazista”, embasou um genocídio silencioso no hospital psiquiátrico de Barbacena. Os pacientes eram categorizados como “doentes mentais”, um diagnóstico que facilitava o tratamento desumano e cruel aos internos – pessoas que em sua maioria, faziam parte de minorias excluídas do convívio social, como alcoólatras, prostitutas, epiléticos, mendigos, homossexuais, meninas grávidas violentadas ou que haviam sido estupradas (ARBEX, 2013).

Há ainda a Mistanásia caracterizada pela proliferação de vetores, como é o caso do *aedes aegypti*, o mosquito causador de dengue, chikungunya e zika, que tem causado muitos malefícios à população, simplesmente porque não houve o devido combate e erradicação do vetor em tempo oportuno.

Leo Pessini apresenta outra hipótese de Mistanásia: famílias que não cuidam de seus idosos e doentes, produzindo a morte social antes da morte física, o que muitas vezes é pior que a morte; e em virtude desse abandono e da solidão, os enfermos clamam pela morte quando, na verdade, desejam viver de forma diferente e melhor. Então, por trás do pedido de eutanásia, “há sempre uma grave acusação ao corpo social, incapaz de cumprir seus mais elementares deveres de justiça” (PESSINI apud VIEIRA, 2012, p. 256-257). Na dicção de Pessini mostra-se a Mistanásia praticada no seio doméstico, não pelo Poder Público, mas pela família do enfermo – outra forma cruel de extermínio do ser humano.

Assim, muitas são as formas de manifestação da Mistanásia nos grandes centros urbanos, nos porões da sociedade e nas comunidades afastadas nas quais grande parte da população não conta com saneamento básico, água potável e condições mínimas de sobrevivência.

CAPÍTULO 2

SOBRE A MORTE E O MORRER DA PESSOA HUMANA

> Perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra... cada vez mais, nossas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida... mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 454).

Apresentamos a morte humana, em breve abordagem sobre a relação com a religião, seus mistérios ante o desconhecido e os eufemismos utilizados na tentativa de torná-la natural. Apresenta ainda as dificuldades de enfrentamento, pois o homem é o único ser que possui consciência da própria morte, um dos fatos que o distingue dos demais viventes. Aborda ainda a morte na acepção jurídica e os critérios de determinação do fim da existência humana segundo os parâmetros da Medicina.

2.1 RELIGIÃO: VIDA, MORTE E DIGNIDADE

Embora a Religião não seja objeto da presente obra, conforme mencionado na Introdução, não podemos deixar de considerá-la, pois, com a proximidade da morte, a pessoa se preocupa com questões espirituais, tais como se perdoou as pessoas importantes, se recebeu perdão de Deus, como será após a morte e muitos outros questionamentos a respeito do nosso papel na existência, o sentido da vida e também da morte. Aliás, a vida somente tem sentido em face da morte, pois se não fosse o fato de saber que vamos morrer um dia, a vida não teria tanto valor.

> De maneira geral, o evento morte é complexo e foco de dilemas éticos, bioéticos e profissionais, no qual emoções precisam ser trabalhadas e discutidas a partir de princípios bioéticos que podem ser resumidos por pequena palavra, que importa muito ao paciente terminal: dignidade (SILVA et al., 2014, p. 359).

Marreiro (2014) explica a morte como uma questão complexa que envolve aspectos fisiológicos, filosóficos e também religiosos: fisiologicamente, a morte representa a paralisação dos órgãos vitais, o final de um processo físico-biológico; no aspecto espiritual e religioso, apresenta a conotação de uma "passagem" para a imortalidade do *ser* – a única certeza da existência humana. É importante lembrar também que o homem é o único ser que tem consciência acerca da existência da morte e sabe que vai morrer. Por isso, o momento da morte é de fragilidade, então a pessoa precisa ser acolhida. Nesse sentido, ensina Pessini que "o sentido profundo do ser humano é o acolhimento e a proteção de sua vulnerabilidade" (PESSINI, 2017, p; 80).

Monte apud Marreiro (2014) explica que no início da Era Antiga a medicina e a religião estavam ligadas de forma que os valores religiosos se sobrepunham aos valores morais propriamente médicos. Mas, com o advento do Código de Hamurabi, no século XV a.C., as diretrizes médicas começaram a se desvincular da religião.

É necessário compreender duas naturezas distintas de discursos em defesa da vida. Embora um defenda sua sacralidade, outro se atém à autodeterminação, conforme lição de Pessini e Barchifontaine, que formulam a seguinte indagação: “Qual é o discurso mais adequado para defender a vida em sua integralidade?” E respondem: “No debate hodierno a questão se polarizou em dois campos, ou seja, os que se definem pró-vida (*pro life*), que defendem a sacralidade da vida, e os pró-liberdade de escolha (*pro choice*), que empunham a bandeira da qualidade de vida” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012, p. 444). Comentam os referidos autores que a secularização levou à dessacralização da vida e que a inviolabilidade da vida aponta para uma visão sagrada. Para eles,

> O moderno pensamento teológico defende que o próprio Deus delega o governo da vida à autodeterminação do ser humano e isso não fere e muito menos se traduz numa afronta a sua soberania. Dispor da vida humana e intervir nela não fere o senhorio de Deus, se essa ação não for arbitrária. A perspectiva é responsabilizar o ser humano de uma maneira mais forte diante da qualidade de vida. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012, p. 444).

A seguir, apresentamos uma breve análise sobre como as maiores religiões reconhecidas no mundo entendem a supressão do excesso terapêutico.

Sob a ótica dos cristãos, a vida é sagrada e não pode ter fim a não ser pelo próprio Deus, mas sob certas condições, pode-se aceitar a supressão de recursos médicos aos doentes em irreversível processo de morte se o prolongamento da vida causar mais danos que benefícios a ele, à família e à comunidade (HURTADO OLIVER apud VIEIRA, 2012).

Sendo o Cristianismo a doutrina mais difundida no mundo, possui o maior número de documentos sobre a Ortotanásia. A posição da Igreja Católica, com base na Declaração da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, condena todos os crimes contra a vida, que é um dom divino: “A Declaração se mostra favorável ao uso de medicamentos capazes de aliviar ou suprimir a dor, mesmo se estes puderem ter como efeito colateral um estado de semiconsciência ou a redução da lucidez” (VIEIRA, 2012, p. 154). Em 1980, a Declaração conceituou a eutanásia e a condenou por ser uma violação à Lei Divina, salientando a proteção à dignidade da pessoa e o conceito cristão de vida contra a denominada “atitude tecnológica que pode se tornar um abuso” (manifestando-se contra a prática da distanásia). Defende “o direito a morrer em paz, preservando a dignidade humana e cristã” (VIEIRA, 2012, p. 154), não o direito de procurar a morte, por meio de atitude própria ou de terceiro. Em 1995, o Papa João Paulo II, através da Carta Encíclica *Evangelium Vitae,* condenou a distanásia, afirmando ser o excesso

terapêutico inadequado à situação prática e real do paciente. Afirma-se, portanto, que a Igreja Católica condena a prática da eutanásia e da distanásia, todavia, pressupõe-se a admissão da ortotanásia.

Citando outras religiões cristãs, Leo Pessini explicita a posição da Igreja Batista, que condena a eutanásia ativa por violar a santidade da vida e defende "o direito de o indivíduo tomar suas próprias decisões em relação às medidas ou tratamentos que prolongam a vida" (PESSINI apud VIEIRA, 2012, p. 156). Já as Testemunhas de Jeová entendem que, em face de morte inevitável, não se deve usar meios extraordinários que retardem o processo de morte e que a eutanásia é assassinato, que viola a santidade da vida (PESSINI apud VIEIRA, 2012, p. 157).

O Judaísmo, por seu turno, enfrenta a morte, no sentido de que o último período da doença deve ser encarado como o momento em que o paciente deve ser assistido, consolado e encorajado (SÁ, 2005). Enquanto a eutanásia é ilícita segundo o ordenamento jurídico dos judeus, a ortotanásia não é considerada prática ilícita. O Judaísmo permite suspender terapia inútil para que ocorra a morte, admitindo uso de drogas capazes de controlar o sofrimento, ainda que desse tratamento resulte abreviação da vida. Já para o Budismo, que não concebe um ser supremo, criador, a vida não é considerada divina e

> [...] a religião não vê a morte como o fim da vida, mas como transição. O Budismo reconhece o direito das pessoas de determinar quando deveriam passar desta existência para a seguinte. O importante não é se o corpo vive ou morre, mas se a mente pode permanecer em paz e em harmonia consigo mesma (PESSINI, 2002, p. 266).

O Islamismo, por sua vez, acredita que os direitos humanos emanam de Alá, e com base no Corão a pessoa humana é o ser mais nobre e digno de honra; proíbe o homicídio, o suicídio e a eutanásia; entretanto o médico pode obedecer aos limites da vida, sendo injustificável manter o paciente em estado vegetativo ou manter a vida artificialmente (PESSINI apud VIEIRA, 2012). Para o Islamismo, no que tange à ética médica, o Código Islâmico de Ética Médica dispõe que o médico jura proteger a vida humana em todos os estágios e sob quaisquer circunstâncias, fazendo o máximo para libertá-la da morte, doença, dor e ansiedade. Depreende-se que a ortotanásia seja admitida pela religião islâmica. Para Maria de Fátima Freire de Sá, o islamismo não admite o suicídio e a eutanásia ativa, mas simpatia em relação à ortotanásia, por condenar medidas heroicas para manter a vida de pessoas com morte iminente (SÁ, 2005, p. 70).

Exceto o Budismo, as demais religiões mundialmente reconhecidas são unânimes em considerar a vida humana como preciosa e sagrada e não adotam

a Eutanásia como uma conduta legítima. Antes a condenam, atribuindo-lhe o mesmo tratamento dos demais atos cometidos contra a vida, como o homicídio, o suicídio e o aborto. Entretanto, todas as religiões mencionadas possuem um entendimento que lhes é comum: a preservação da dignidade e o entendimento de que, quando a morte se mostra inevitável, não se deve prolongar a vida por meio da utilização de tratamentos inúteis e de recursos artificiais.

Assim, muitas são as religiões que discutem a vida e a morte, que são inerentes a todo ser humano, prestigiando a autodeterminação, o que justifica a reivindicação pela legalidade da prática da Ortotanásia, com fundamento no direito de morrer dignamente, como extensão do princípio da dignidade da pessoa humana, que é respeitado unanimemente pelas diferentes religiões.

2.2 A MORTE, SEUS MISTÉRIOS E EUFEMISMOS

Desde os primórdios dos tempos, a morte sempre se apresenta envolta em um contexto de mistério e ansiedade, uma série de dúvidas e até mesmo mitos, pois se trata de uma fase ainda não vivenciada pelas pessoas que acompanham o enfermo. Cassorla destaca que “O fato de não se poder saber o que ocorre quando a morte chega e, ao mesmo tempo, sentir terror com a sua proximidade, acrescenta ao ser humano outro tipo de sofrimento, o de não saber” (CASSORLA, 2009, p. 59-60).

A morte, como tudo o que é desconhecido, causa insegurança, principalmente quando se trata da morte da própria pessoa. Elucidando essa noção e falando acerca da “morte na primeira pessoa”, Kübler-Ross (2012, p. 7) comenta: “em nosso inconsciente, só podemos ser mortos; é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma noção má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo”. A autora relata a necessidade que temos de recorrer a eufemismos para amenizar o impacto, de modo que o morto pareça adormecido e, como forma de proteger as crianças, os adultos as impedem de ver o morto, até mesmo que visitem os pais em estado grave. Tanto é assim que hesitam em contar às crianças que a pessoa faleceu, preferindo dizer que o ente querido foi para o céu, que virou estrelinha e inventam até que um dia voltará. A verdade é que há uma fuga da realidade, tenta-se não admitir a morte como fato real inerente à vida e à condição humanas. Parece que quanto mais a ciência evolui, mais se evita conceber a morte. É o que constata Kübler-ross (2012, p. 11): “Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte”. E acrescenta

(2012, p. 11-12):

> Há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano. Às vezes é até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que se deu a morte. Morrer se torna um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. [...] Só quem sobreviveu a isto é que pode aquilatar o desconforto e a fria necessidade deste transporte, começo apenas de uma longa provação, dura de suportar quando se está bem, difícil de traduzir em palavras quando o barulho, a luz, as sondas e as vozes se tornam insuportáveis.

A utilização de eufemismos impede que as novas gerações aprendam a conviver com a realidade da morte de forma leve e natural. Norbert Elias (2001) aborda outra questão que é o progressivo afastamento das pessoas a partir da enfermidade até a morte, exemplificando com o tratamento aos cadáveres e nos cuidados com as sepulturas – atividades que antes eram exercidas pela família e amigos, agora o são por empresas especializadas mediante remuneração.

Neste novo milênio se tornou natural a família terceirizar o preparo do cadáver para o velório e os cuidados em relação à sepultura, entretanto o autor destaca que esse distanciamento começa a ocorrer em vida, na fase em que a pessoa apresenta maior fragilidade, que é o final da vida. Assim, no momento mais delicado da existência, quando a pessoa já se encontra fragilizada pelas questões emocionais somadas àquelas advindas do mau estado de saúde, resta-lhe o ambiente frio, impessoal e até desumano. Cercada de aparelhos por todos os lados, atendida em suas necessidades por pessoas que lhe são estranhas, vê-se numa ilha, isolada da família, das pessoas a quem ama, de seus objetos pessoais e distante do ambiente aconchegante que lhe é familiar. “Pouco a pouco, e inevitavelmente, [o paciente] começa a ser tratado como um objeto. Deixou de ser uma pessoa. Decisões são tomadas sem o seu parecer” (KÜBLER-ROSS, 2012, p. 13). Por esse motivo, desde a consagração da dignidade, a Medicina começa a caminhar rumo à humanização, buscando oferecer melhores condições de vida e de morte às pessoas.

2.3 ENFRENTAMENTO: A FINITUDE COMO FASE DA EXISTÊNCIA HUMANA

Dentre os seres viventes, o homem é o único que possui consciência de que, desde o momento que nasce, caminha para a morte e, por este motivo, salienta Elias (2001, p, 10): “a morte constitui um problema só para os seres

humanos”. Comenta ainda o referido autor (2001, p. 10).

> Embora [os seres humanos] compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas eles, dentre todos os vivos sabem que morrerão; apenas eles podem prever seu próprio fim, estando cientes de que pode ocorrer a qualquer momento e tomando precauções especiais – como indivíduos e como grupos – para proteger-se contra a ameaça da aniquilação.

Sem dúvida, a consciência de que a morte é certa, aliada ao fato de não se saber quando nem como ocorrerá, submete a pessoa a uma série de incertezas, inseguranças e até medo, pois a morte foi e sempre será um momento cercado por muitas dúvidas, exatamente porque quem a experimentou fica impossibilitado de compartilhar suas experiências com aqueles que permanecem vivos, na certeza de que irão vivenciá-la um dia. Em face desta realidade, Agrest constata que “[...] sólo el ser humano es capaz de reflexionar sobre su propia existencia y tomar la decisión de prolongarla o de ponerle un punto final” (AGREST, 2007, p. 18).

É indispensável o enfrentamento objetivo dessa fase pelo enfermo e sua família e a consciência das pessoas de que a morte é parte da vida humana, uma fase pela qual todos hão de passar. Necessário então buscar formas de enfrentá-la assertivamente, com a máxima naturalidade possível, escolhendo aquilo que proporciona maior bem-estar e tranquilidade para esse momento que é tão significativo quanto todas as outras fases da existência humana.

Penha aduz que vida e morte fazem parte do mesmo movimento, cujas tênues linhas que as separam demarcam as duas dimensões da existência humana, que por várias vezes se entrelaçam. Colaciona fragmento da música “Então vale a pena viver”, de Gilberto Gil:

> Se a morte faz parte da vida
> E se vale a pena viver
> Então morrer vale a pena.
> (PENHA, 2009, p. 95)

O autor assevera que vale a pena viver, mas também vale a pena morrer e que morrer é o último gesto de uma existência cheia de realizações, vontades conquistadas e sonhos alcançados (PENHA, 2009, p. 95).

Pessini e Bertachini trazem importantes considerações acerca dessa fase da vida humana. Explicam que ao examinar a vida que viveu e a luta para aceitar a morte a pessoa encontra desafios e que “enfrentar a morte pode dar coerência, significado e completude à vida”. E que o último capítulo da vida é também a

última oportunidade para viver toda a sua potencialidade, deixar autêntico legado e se conectar com a transcendência (PESSINI; BERTACHINI, 2011, p. 292).

A Ortotanásia visa erradicar, ou pelo menos minimizar, o sentimento desumano das UTIs e dos frios ambientes hospitalares. Trata-se do fenômeno da humanização da morte, que busca oferecer ao enfermo condições psicossociais e de saúde capazes de promover uma morte tranquila e sem dor ou, pelo menos, com um mínimo de dor, por meio da adoção de cuidados paliativos que visam somente trazer bem-estar ao doente, atenuando-lhe as dores e o sofrimento. Elias ressalta que é preciso ajustar condutas para o enfrentamento da morte:

> Finalmente, podemos encarar a morte como um fato de nossa existência; podemos ajustar nossas vidas, e particularmente nosso comportamento em relação às outras pessoas, à duração limitada de cada vida. Podemos considerar parte de nossa tarefa fazer com que o fim, a despedida dos seres humanos, quando chegar, seja tão fácil e agradável quanto possível para os outros e para nós mesmos; e podemos nos colocar o problema de como realizar essa tarefa. Atualmente, essa é uma pergunta que só é feita de maneira clara por alguns médicos – no debate mais amplo da sociedade, a questão raramente se coloca (ELIAS, 2001, p. 8).

Há necessidade de se promover um ambiente saudável e confortável para o momento da morte e enfatiza a inexistência de debates na sociedade sobre a morte humana, em que condições ela deve ocorrer, os cuidados a serem adotados, as preferências e as necessidades do doente. Essas discussões necessitam ocorrer primeiro no âmbito acadêmico, no qual são despertados os questionamentos científicos para, a partir de então, ganhar espaço aos poucos, até atingir os demais segmentos da sociedade brasileira. Inclusive, em São Paulo, já se verifica essa preocupação – uma das formas efetivas de enfrentamento da morte. Um segmento da sociedade brasileira se reuniu desde 2015 para discutir questões relativas à morte, conforme texto de Leticia Constant, veiculado no site RFI – As vozes do mundo: o *Death Cafe* sem endereço fixo, visa organizar encontros em locais como cafés, hotéis ou centros culturais, para debater a morte de forma livre. Reúnem-se pessoas com doenças incuráveis, idosas e as que perderam um ente querido ou têm medo da morte, profissionais da área da saúde e a iniciativa atrai muitos interessados no mundo interio. A ideia se alastra por vários continentes. Na América do Sul, Argentina e Venezuela já implantaram a ideia e agora chegou a vez do Brasil ter o seu *Death Cafe Sampa* (CONSTANT, 2015).

Essa iniciativa demonstra que as pessoas começam a pensar no enfrentamento objetivo e realista, procurando se preparar para lidar com a morte da forma mais natural e equilibrada, visando tranquilidade para os seus derradeiros

dias. A classe médica começa a pensar em como participar efetivamente para a promoção da morte de forma objetiva, transpondo a luta pela vida para alcançar conforto: “Para que isso ocorra, faz-se essencial que seja ministrado o ensino sobre a morte e o morrer na formação acadêmica e o debate constante do tema durante a atuação profissional” (SILVA et al., 2014, p. 359). É necessário que todos os segmentos da sociedade se preocupem em debater formas de enfrentamento da morte com objetividade, a fim de proporcionar segurança, conforto e bem-estar àquele que caminha para o final da existência.

A compreensão da morte como fase da existência humana precisa ser enfrentada com naturalidade desde a infância. Nesse sentido, adverte Klüber-Ross que desde criança as pessoas devem conviver com a realidade da morte. Interagir de forma consciente e solidária com os doentes que lhes são queridos traz benefícios para ambas as partes: para o doente, que se sente amado, e para as crianças. Inclusive, o fato de vivenciarem uma dor compartilhada traz-lhes a consciência de que não estão sozinhas no momento de perda. Segundo lição de Klüber-Ross, o conforto de uma responsabilidade e luto compartilhados, constituem preparação gradual e incentivo para encararem a morte como fase da vida, uma experiência capaz de promover crescimento e amadurecimento. (KÜBLER-ROSS, 2012, p. 10).

É necessário que enfrentemos a morte como realidade, como fase da existência humana, cabendo à família e à sociedade, numa tomada de consciência e consequente mudança de postura, promoverem debates, discussões ou mesmo conversas informais sobre a temática. Essa atitude objetiva oferecer apoio para atravessar de forma mais leve o momento de passarem por doença grave seguida de perda de alguém da família, fazendo-se suporte uns para os outros, vivenciando a dor compartilhada. Não mais enxergando a morte como derrota, desespero e mitos, condutas que em nada contribuem para tornar esse momento uma etapa a ser vencida com objetividade e serenidade, oferecendo, inclusive, ao doente apoio emocional para que se sinta amado.

CAPÍTULO 3

ORTOTANÁSIA: UM TEMA INTERDISCIPLINAR DA BIOÉTICA

> Entre dois limites opostos, de um lado a convicção profunda de não abreviar intencionalmente a vida (eutanásia) e de outro a visão de não implementar um tratamento fútil e inútil, prolongando o sofrimento e adiando a morte inevitável (distanásia), entre o não abreviar e o não prolongar está o cuidar com arte, humanidade e ternura do ser que está para partir (ortotanásia). Como fomos cuidados para nascer, precisamos também ser cuidados ao nos despedirmos da vida. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 453).

A Ortotanásia apresenta um matiz interdisciplinar em suas interfaces com a Bioética, o Direito , a Filosofia, a Psicologia e a Medicina, com ricos diálogos que se estabelecem em torno do tema e as questões que envolvem a morte humana.

Marconi de Ó Catão comenta que a palavra Ética se origina do grego *Ethos*, sendo a "primeira denominação do correto proceder, tanto assim que toda profissão regulamentada tem seu Código de Ética" (CATÃO, 2004, p. 30). A Ética expressa uma atitude da pessoa para consigo mesma, para com os outros e para com o mundo, vai além da moralidade e da justiça (CATÃO, 2004). O mesmo autor inicia a noção de princípios da Bioética com a seguinte reflexão:

> Desde os primórdios, pensou-se a Bioética como fonte de normas, regras gerais e princípios, cujo objeto principal seria o de disciplinar eticamente o trabalho de investigação científica e o de aplicação de seus resultados, protegendo a biologia das ameaças desumanizadoras (CATÃO, 2004, p. 38).

Daí, inferimos a existência de uma preocupação latente da Bioética em relação à humanização – fenômeno este que não pode se restringir à vida, mas deve alcançar também o momento da morte.

Neste ponto, torna-se indispensável trazer um conceito de Bioética. A expressão Bioética, segundo Callioli (apud NAMBA, 2009, p. 8), surgiu em 1971, na obra *Bioethics: bridge to the future,* de Van Renssealaer Potter, para quem a finalidade da Bioética "é auxiliar a humanidade no sentido de participação racional no processo de evolução biológica e cultural. O meio ambiente seria o cerne da pesquisa" (NAMBA, 2009, p. 8). Potter, oncologista norte-americano, cunhou o neologismo *Bioethics*, em 1970, tendo sido chamado de "pai da bioética" (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 35). Pessini e Barchifontaine afirmam que

> Potter pensa a bioética como uma ponte entre a ciência biológica e a ética. Sua intuição consistiu em pensar que a sobrevivência de grande parte da espécie humana, numa civilização decente e sustentável, dependia do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 37).

Para Potter, a Bioética "é a ponte entre as ciências e as humanidades" (POTTER apud NAMBA, 2009, p. 8). Potter entende a Bioética como uma ciência que estabelece conexões entre as ciências de forma ampla e as ciências que estudam diferentes aspectos da vida humana, como é o caso do nascimento e da morte da pessoa. A bioética, no início dos anos 70, objetivou encorajar a reflexão pública e profissional em questões de urgência como: "1) responsabilidade em manter a ecologia generativa do planeta, da qual depende a vida e a vida humana; e 2) as futuras implicações dos rápidos avanços nas ciências da vida em

relação a potenciais modificações de uma natureza humana maleável” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 40).

> Em seu livro pioneiro, intitulado *Bioetichs: bridge to the future*, publicado em 1971, Potter discorreu sobre a biologia evolutiva, uma habilidade humana crescente de alterar a natureza e a natureza humana, bem como sobre as implicações de seu poder para nosso futuro global. Outros cientistas da vida naquele momento, como Bentley Glass, Paul Bert e Paul Ehrlich, estavam entre os muitos interessados em refletir sobre a revolução biológica em relação à eugenia, a engenharia de novas formas de vida e ética da população. A bioética surge a partir de preocupações dos biólogos, que se sentiram obrigados a refletir sobre o significado moral da biosfera e sobre as implicações fantásticas de suas descobertas e inovações tecnológicas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 40).

Segundo Marconi de Ó Catão, a Bioética é um ramo da ética filosófica, produto de um tempo, uma cultura e uma civilização; converteu-se no mais dinâmico campo do renascer da ética e um dos setores mais sugestivos do pensar científico (CATÃO, 2004, p. 33). Para o autor, a fusão da ética com a ciência da vida originou a Bioética, associando a cultura humanística à tecnocientífica das ciências naturais, um “estudo multidisciplinar, preocupado com os reflexos do comportamento humano ante o avanço das ciências biológicas (CATÃO, 2004, p. 48). A partir dessa noção, a Bioética começa a se preocupar com a relação médico-paciente, consoante lição de Pessini e Barchifontaine:

> Ao lado da bioética como um momento intelectual entre os cientistas da vida, emergiu o campo da ética médica, que era velho e novo ao mesmo tempo. Era velho no sentido que os médicos desde sempre refletiram sobre os seus deveres profissionais com seus pares. Era novo no sentido de que esta reflexão estava ocorrendo num diálogo aberto com teólogos e filósofos, e muito atento com a preocupação pública maior sobre direitos civis e “o declínio da autoridade”. A discussão emergente rapidamente envolveu todas as profissões da saúde (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 40).

Em 1978, Reich ensinava a Bioética como “estudo sistemático da conduta humana na área da vida e da atenção à saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz dos princípios e valores morais” (REICH apud NAMBA, 1978, p. 9). Sob o olhar de Reich, a Bioética se ocupa especificamente da saúde sob a ótica dos valores morais da sociedade e por este motivo estuda as questões referentes à reprodução humana medicamente assistida.

No início da década de 80, o movimento da bioética ganhava espaço, sendo criados cursos para professores em escolas médicas e muitos profissionais da saúde passaram a fazer parte de comitês hospitalares de ética, participando de cursos e seminários. A bioética foi concebida como resposta às novas tecnologias

em medicina, gestada em cultura sensível a dimensões éticas, em especial, ao direito dos indivíduos e ao abuso das instituições poderosas, em defesa vigorosa das necessidades e preferências dos pacientes (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012).

Para se compreender o conceito de Bioética, recomendam Pessini e Barchifontaine, é fundamental consultar a obra *Encyclopedia of Bioethics* (Enciclopédia de Bioética), lançada nos Estados Unidos em três edições distintas: 1978, 1995 e 2004, segundo a qual a bioética se desenvolveu a partir de duas questões centrais trazidas pelos cientistas da vida e as questões que surgiram a partir dos avanços da medicina. A obra apresenta os cuidados de saúde e ética médica, além das inquietações dos anos 70 ligadas ao meio ambiente e à saúde pública (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

A pioneira edição (1978) entende bioética como estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, à luz dos valores e princípios morais, abarcando a ética médica sem a ela se limitar, constituindo conceito amplo, com quatro importantes aspectos: problemas relativos aos valores que surgem em todas as profissões de saúde; pesquisas biomédicas e comportamentais; questões sociais relacionadas com a saúde ocupacional e internacional e com a ética no controle de natalidade; compreende questões relativas à vida dos seres viventes, animais e das plantas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

A segunda edição (1995) define a Bioética como estudo das dimensões morais (visão, decisão, conduta e normas morais) das ciências da vida e da saúde no contexto interdisciplinar, incluindo novas questões, dentre outras: relação profissional-paciente, bioética e ciências sociais, cuidados em saúde, fertilidade e reprodução humana, pesquisa biomédica e comportamental, saúde mental e questões de comportamento, sexualidade e gênero, sobre a morte e o morrer, doação e transplante de órgãos, bem-estar e tratamento dos animais, meio ambiente e inúmeras diretrizes éticas de organismos nacionais e internacionais (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

A terceira edição (2004), quando a Bioética já tem reconhecimento científico e público, contando com mais de quatro décadas de história, a Enciclopédia passou por nova revisão e atualização. Apresenta uma ampliação com 110 novos verbetes e quase o mesmo número de novos artigos, apresentados sob os antigos títulos, sendo completamente nova metade desta edição (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014). Foi incluída uma gama de novos assuntos, tais como: bioterrorismo, holocausto, imigração, saúde humana, nutrição e hidratação

artificiais, questões éticas de diagnóstico e tratamento em oncologia, demência, diálise renal, não reanimação, artigos sobre clonagem e pediatria, tópicos sobre reprodução, fertilidade, transplantes, morte e morrer, políticas públicas e saúde mental, entre outras, (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014). Os autores destacam as questões sobre a morte e o morrer, que originam novas inquietações no campo da bioética, indicativas da existência dos rudimentos das preocupações objeto da Ortotanásia.

A quarta edição (2014), conduzida por novo Editor-Chefe, Bruce Jennings (Yale University), traz profunda revisão e atualização dos temas, que se expandiram, abarcando visões de outros países e nações, para além da visão norte-americana principialista, "em questões tais como aborto: uma visão hinduísta, triagem médica, responsabilidade social, acesso aos cuidados de saúde, pesquisa com células tronco, entre outros assuntos de grande relevância no atual estágio da evolução da bioética" (PESSINI et.al.; 2015, p. 5).

Sobre o conteúdo da quarta edição, expõem Leo Pessini e Willian Hossne, citando o editor-chefe:

> Esta edição de Bioética não despreza as questões de poder no âmbito da ciência, tecnologia e saúde. Os dilemas éticos com frequência são indicativos de inequidades estruturais, institucionais e de injustiça. Esses temas são explorados em numerosos artigos, relacionados com saúde pública, inequidade e exploração, racismo, e assuntos que tem a ver com bem estar da criança, gênero e sexualidade". Afirma ainda o Editor-Chefe desta 4ª edição que "Em 2014, o campo da bioética mudou e ainda passa por mudanças. Constata-se três desenvolvimentos que são salientados na ampla gama de artigos desta edição, a saber: profissionalização, rigor disciplinar e expansão internacional com o reconhecimento de uma perspectiva global" (JENNINGS apud PESSINI; HOSSNE, 2014, p. 360).

Nessa edição, ganharam ênfase alguns assuntos importantes da contemporaneidade tais como: saúde pública, questões éticas e políticas públicas de saúde e bioética, doenças infecciosas, epidemias, saúde ambiental; sistemas de saúde em crise no mundo, aperfeiçoamento dos cuidados de saúde, qualidade, sustentabilidade econômica e justiça, em nível doméstico e global; questões sobre envelhecimento, doenças crônicas e degenerativas e cuidados de longa permanência; mudança de atitudes e políticas públicas em relação ao aborto na perspectiva internacional; ênfase nos novos desenvolvimentos de biotecnologia, genética e reprodução humana e cuidados ao final da vida, maior cobertura aos cuidados paliativos; ênfase em ética ambiental, suas filosofias e teorias (biocentrismo e ecocentrismo), campos científicos (ecologia, biologias

conservacionista e evolucionária), e problemas de políticas públicas (mudanças climáticas, perda da biodiversidade, perigos à saúde ambiental, água potável e efeitos tecnológicos ligados à ecologia e à saúde, organização e práticas agriculturais); pós-humanismo, trans-humanismo, avanços em neurociência, nanotecnologia, e biologia sintética (PESSINI; HOSSNE, 2014, p. 360).

3.1 PARADIGMAS DA BIOÉTICA

Os paradigmas são os modelos de análise teórica utilizados principalmente nos Estados Unidos, onde há maior sistematização em comparação com outras nações. O paradigma primeiro, o Principialista, propõe quatro princípios orientadores da ação: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia: sem hierarquia entre si. O segundo paradigma, o Libertário, apresenta como valor central o da autonomia do indivíduo; a ideia de pessoa não inclui embriões e fetos, por não serem detentores de consciência. O terceiro, das Virtudes, reage ao modelo individualista, apresentando o modelo da "virtude", defendido por Edmund Pellegrino e David Thomasma, baseado na ética das virtudes aristotélica (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

O quarto paradigma, o Casuístico incentiva a análise de cada caso, num plano analógico examinado em suas características paradigmáticas, estabelecendo-se comparações e analogias em relação a outros casos. O quinto, o Fenomenológico e Hermenêutico, destaca a necessidade de reconhecimento de que toda experiência se sujeita à interpretação, e que em toda situação existem duas dimensões: objetiva e subjetiva (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Narrativo, o sexto paradigma é aquele segundo o qual as pessoas adquirem identidade e intimidade ao contar e seguir histórias; culturas definem seus valores e sentido de pertença por meio do mito e do épico.

O sétimo paradigma, Cuidado, partindo da psicologia evolutiva, propõe o cuidado como noção fundamental para o desenvolvimento moral. Para o oitavo, Direito Natural, existem alguns bens fundamentais em si mesmos, que não apresentam hierarquia entre si: o conhecimento, a vida, a vida estética, a vida lúcida, a racionalidade prática, a religiosidade, a amizade. O nono, Contratualista, denuncia insuficiências da ética hipocrática e defende triplo contato: entre médicos e pacientes, médicos e sociedade e com os princípios orientadores da relação médico-paciente (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Para o décimo paradigma, o Antropológico Personalista, não se pode fazer bioética séria sem fundamentação antropológica. Trata-se de uma

antropologia filosófica, como conhecimento do homem em sua globalidade, uma filosofia humanista que anseia entender o homem em todas as suas diferentes dimensões; não tem natureza descritiva nem propõe normas de ação (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

3.2 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

Para Pessini e Barchifontaine (2014) o paradigma Principialista, compreende a existência de quatro princípios, igualmente válidos e que não apresentam hierarquia entre si, devendo o conflito entre eles ser decidido no caso concreto o que terá primazia, de acordo com as circunstâncias de cada caso.

O primeiro princípio, a beneficência, consiste na obrigação de não causar dano, de extremar os benefícios, minimizando riscos (NAMBA, 2009, p. 11). Assim, uma pessoa que zele por outra, que dela dependa, deve tomar decisões com vistas ao atendimento de seus interesses (SÁ; MOUREIRA, 2015). Esse princípio reconhece o valor moral do outro, entendendo que maximizar o bem ao outro importa diminuir-lhe o mal (NAMBA, 2009). Originou-se da tradição da Medicina Ocidental, segundo a qual o médico deve visar ao bem-estar do paciente, acima de tudo (CATÃO, 2004).

O segundo, não maleficência, foi acrescentado pela obra *Principles of biomedical ethics,* de Tom L. Beauchamp e James F. Childress (New York, Oxford University, 1979). Não se deve causar mal ao semelhante (condutas omissivas), diferenciando-se do princípio da beneficência, que importa condutas positivas, não havendo distinção significante entre um e outro princípios (NAMBA, 2009).

O terceiro, da justiça (ou imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios), garante tratamento igualitário às pessoas que não possuem diferenças relevantes entre si (NAMBA, 2009). Assegura a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios advindos dos serviços de saúde; segundo este princípio, o poder de decisão médica deve aliar-se à justiça (CATÃO, 2004).

O quarto, autonomia (ou respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas), segundo seus valores e crenças (NAMBA, 2009, p. 11), "direito ou aptidão que têm as pessoas de conduzirem suas vidas como melhor convier ao entendimento de cada uma delas" (SÁ; MOUREIRA, 2012, p. 145); estabelece relação com o valor mais abrangente da dignidade humana, correspondendo à afirmação moral de que a liberdade da pessoa deve ser resguardada (NAMBA, 2009). Por este princípio, é necessário que o médico respeite a vontade do paciente (ou de seu representante legal), bem como seus valores morais e crenças; o exercício da

autonomia pressupõe conhecimento e informação para decidir. O consentimento esclarecido é parte da essência da autonomia, devendo ser emitido em face de todas as condutas que possam afetar a integridade física da pessoa (CATÃO, 2004).

Explicam Pessini e Barchifontaine (2014) que estes princípios norteiam as condutas médicas não somente em relação aos tratamentos devidos à pessoa ao nascer, mas durante toda a sua vida, o que inclui os derradeiros dias, a finitude da vida, que também deve ser objeto de cuidado, zelo e proteção, conforme lecionam Leo Pessini e Christian Barchifontaine: cuidados para nascer; cuidados ao nos despedirmos.

3.3 A BIOÉTICA GLOBAL E SEUS REFERENCIAIS

A Bioética do mundo globalizado da terceira década deste novo milênio requer uma postura diferenciada em relação ao tratamento da pessoa humana, seus direitos de personalidade e seus direitos sociais. Impõe que sejam observados os ideais de cuidado e solidariedade em relação ao outro. Principalmente se "o outro" estiver em fase terminal de doença considerada, pelo menos por hora, irreversível. Não apenas os ideias de solidariedade devem ser implementados, mas importa ainda observar a vulnerabiliadde e a precaução como referenciais da Bioética Global deste novo tempo, enunciadados por Pessini et.al em obra específica sobre o tema.

Maria Celina Bodin de Moraes ressalta que o conceito de "humanidade" foi elaborado em resposta aos crimes praticados pelo regime nazi-fascista, fato a partir do qual se passou a pensar na humanidade como uma coletividade merecedora de proteção jurídica. No Brasil, após a nova ordem constitucional de 1988, passou-se por um reconhecimento constitucional da primazia dos interesses existenciais sobre os patrimoniais, a partir da cláusula geral de tutela da personalidade do art. 1º, III e dos ideais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, I), reconhecendo-se que a solidariedade pressupõe a imprescindível necessidade de coexistência humana, traduzida na obrigação moral de "não fazer aos outros o que não se deseja que lhe seja feito" (MORAES, 2006, p. 44-46).

A Unesco, apêndice das Nações Unidas, tem prestado relevante papel através de seu Comitê Internacional de Bioética e da publicação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005), ampliando a perspecticva da Bioética em nível global (PESSINI, 2017). Ele estudou os referencias da Bioética Global estabelecidos pela Unesco, enumerando-os e explicando como funcionam

enquanto aspectos basilares norteadores das condutas humanas: a solidariedade, a vulnerabilidade e a precaução. A Bioética da atualidade tem contemplado temas como solidariedade, autonomia, justiça, privacidade, direitos, entre outros, discussões com foco em problemas sociais e coletivos da humanidade para além de interesses meramente interindividuais, passando a englobar desafios sociais e globais. Nessa perspectiva, a solidariedade vem ganhando importância (PESSINI, et.al, 2015):

> A solidariedade é um conceito relacional associado à intersubjetividade, ações comuns e obrigações mútuas. Ele se fundamenta em nossa condição antropológica de interdependência de uns para com os outros, representa uma obrigação positiva de agir em favor do outro. Esse significado de solidariedade representa uma abordagem diferente de uma perspectiva individualista e "liberdade negativa" (o direito de não sofrer interferências) (PESSINI et.al., 2015, p. 21).

A solidariedade então passa a ter especial relevância nos âmbitos em que as pessoas dependem umas das outras, como é o caso da pessoa que se encontra vulnerável, em fase terminal de doença grave e irreversível. Mas a solidariedade não pode substituir a proteção de interesses individuais, deve antes, conservá-los e promovê-los através das obrigações positivas que temos em relação aos outros (PESSINI et.al., 2015). Bodin de Moraes salienta que "começa a tomar feitio a igualdade de direitos fundada em valores sociais, irrigada pela solidariedade social, que servirá de base à igualdade substancial e à justiça social" (MORAES, 2006, p. 48).

A vulnerabilidade tem uma importância significativa para a pessoa com doença em estado terminal, como e o caso da Ortotanásia, pois o paciente que irá consentir no procedimento está em situação vulnerável. "Trata-se de um conceito etimológico de origem latina, *vulnerabilis*, que significa ferido ou lesionado, física ou moralmente, evidencia uma debilidade ou fragilidade especial" (AMATRIAIN, 2017, p. 103). A vulnerabilidade resulta de condições sociais, econômicas e políticas, para além da possibilidade de controle pelas pessoas, ante o processo de globalização que apresenta novas ameaças que enfraqueceram os mecanismos tradicionais de proteção e as habilidades para se lidar com esses novos valores (PESSINI, 2017). A condição humana implica vulnerabilidade – riscos à integridade, à saúde e bem-estar. A vulnerabiliadde social interfere na autodeterminação da pessoa e aumenta os riscos de exclusão social: fatores como pobreza, condições sociais, educação, acesso à informação, desemprego, marginalização e discriminação, dentre outros, influenciam a existência da vulnerabilidade. Por fim, Pessini conclui que a vida humana nada mais é do que a passagem de uma vulnerabilidade para

outra, ou seja, estamos sempre vulneráveis ou suscetíveis de nos tornarmos (PESSINI, 2017).

O último referencial da Bioética Global analisado e não menos imporatante, é a precaução em relação aos riscos. Este referencial aconselha a humanidade a se preparar para enfrentar potenciais riscos. A expectativa de vida aumentou e muitas ameaças à vida humana pertencem ao passado (PESSINI et.al, 2015, p. 27). Isso porque medidas protetivas preventivas têm sido implementadas.

Esse referencial demonstra a preocupação com as variadas espécies de risco a que estamos sujeitos não só a humanidade, mas todos os seres viventes, o Planeta, inclusive. Haja vista a pandemia da Covid-19 (denominada Sars-CoV-2) que assolou todo o mundo nos últimos deias de 2019, expondo a riscos a todos nós. "O novo coronavírus foi descoberto em um hospital na Cidade de Wuhan, China, no dia 29 de dezembro de 2019. Diagnosticou-se pneumonia em quatro pessoas que trabalhavam no Mercado Atacadista de Frutos do Mar (considerado o maior dessa categoria na China Central)" (CABRAL, 2020, p. 37). Assim, iniciou-se uma epidemia de proporções globais, cujos efeitos e consequências desconhecemos até hoje, pois não sabemos até onde irão.

Os riscos a que estamos sujeitos podem ser naturais (catástrofes climáticas, por exemplo) ou provocados (o exemplo de Brumadinho) por outrem e físicos (que atingem nossa integridade física) ou morais (que atingem nossos direitos de personalidade). Assim, é importante enfatizarmos a necessidade da proteção individual às vontades e liberdades da pessoa, entretanto não se pode deixar de vislumbrar a solidariedade como princípio exigível nas condutas entre semelhantes (iguais) e o dever de exercê-la em relação ao enfermo (como pessoa vulnerável que é). De igual modo, não se pode deixar de perceber a importância do referencial da precaução da Bioética Global, e a possibilidade de aplicar esses conceitos àquele que está para partir.

CAPÍTULO 4

FUNDAMENTOS JURÍDICOS DA ORTOTANÁSIA

> É que, a partir de uma leitura civil-constitucional, especialmente da cláusula geral da dignidade humana, é fácil notar que o direito à morte digna é o reverso inexorável da moeda do direito à vida digna. Em palavras mais claras, ao direito de viver com dignidade, haverá de corresponder como espelho invertido o direito de morrer dignamente. Até mesmo porque uma morte digna há de ser a consequência natural de toda e qualquer vida digna. Trata-se, pois, tão somente, de permitir que a natureza siga o seu rumo, fazendo o seu inexorável papel, sem que isso atinja a dignidade da pessoa, em determinadas situações (FARIAS, Cristiano Chaves de In CABRAL, 2015, p. XVI).

Neste capítulo, analisaremos a Ortotanásia sob a ótica do Direito. Na esfera do direito civil constitucional, é necessário que se compreenda o direito à autodeterminação, como aquele que faculta a pessoa a optar por uma forma de morte digna e serena, como direito de personalidade. Essa gama de direitos inerentes à personalidade humana é denominada direitos existenciais, uma categoria de direitos que se amplia quantitativa e qualitativamente a cada dia, à medida que surgem novas hipóteses e novas emanações desses direitos, nas relações interpessoais ou jurídicas que se estabelecem no cotidiano. No que se refere ao direito criminal, a tendência é a descriminalização da conduta ortotanásica, conforme se demonstrará neste capítulo.

4.1 ORTOTANÁSIA À LUZ DO DIREITO

A partir da regulamentação da Ortotanásia por meio da Resolução nº 1.805/2006 do CFM, passamos a contar com um importante referencial no âmbito jurídico. Embora saibamos que as Resoluções do Conselho Federal de Medicina têm por função precípua regulamentar a prática deontológica da classe médica, entretanto, a partir dessa normativa, passamos a dispor de um indicador ético capaz de levar a concebermos a licitude do procedimento, embora não seja a referida Resolução o único parâmetro. O artigo 4º da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro prevê a analogia, os costumes e os princípios gerais do direito como parâmetros para o juiz analisar o fato concreto em face de lacuna da lei (BRASIL. LINDB, art. 4º), devendo assim proceder também os demais operadores do direito. Ademais, vivemos em um estado de direito permeado pela principiologia constitucional que deve ser obrigatoriamente observada, impondo que toda situação seja interpretada à luz dos vigentes princípios constitucionais.

A adoção do Direito Civil Constitucional está intimamente relacionada à valorização da pessoa e dos direitos de personalidade na perspectiva adotada a partir da Constituição de 1988, visão segundo a qual cabe ponderar que a vida não deve mais ser entendida como um direito absoluto. Quando a CF/88 garante a inviolabilidade do direito à vida (*caput* do artigo 5º), quer apenas proteger esse direito contra toda ação ou omissão injusta por parte de terceiro, e jamais criar uma obrigação de viver, conforme fundamentação do Desembargador Irineu Mariani em julgado do TJRS: “3. o direito à vida garantido no art. 5º, *caput*, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 1º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A constituição institui o *direito à vida*, não o *dever à vida* [...]” (BRASIL. TJRS., 2013).

A partir dessa noção, a Ortotanásia ressignifica o direito à vida e relativiza-o, ao compreendê-lo como uma oportunidade de promover a morte com dignidade, como consequência da vida digna. Nessa esteira, a dignidade da pessoa humana, como valor jurídico maior que o direito à vida, passa a ser protegida e resguardada, e ainda colocada a salvo de qualquer lesão aos direitos existenciais. A legalidade da Ortotanásia na ciência jurídica está intrinsecamente relacionada à aplicação e à efetividade da principiologia constitucional que resguarda a pessoa e a proteção aos direitos de personalidade.

Com a proposta apresentada pelo Projeto de Lei Nº 236 do Senado Federal (BRASIL. PL SENADO Nº 236, 2011), que visa alterar o Código Penal, retirando a tipicidade da conduta do agente (médico) que suspende o esforço terapêutico do paciente terminal, temos uma permissão do ordenamento jurídico para a prática da Ortotanásia, partindo de um ramo do direito que protege a vida enfaticamente. Percebemos que a prática somente encontra reservas por parte de estudiosos conservadores. Luiz Flávio Gomes se posicionou no sentido de reconhecer a licitude da Ortotanásia, evidenciando a inexistência de crime na conduta de promoção da morte digna (GOMES, 2011). Ademais, a principiologia adotada para a proteção da dignidade da pessoa humana, que será tratada em tópico específico (5.3 Princípios Norteadores da Ortotanásia), passou a influenciar opiniões e decisões na seara jurídica, a partir da compreensão da dignidade como valor do ordenamento jurídico, conforme entendimento de Pietro Perlingieri: “A personalidade é, portanto, não um direito, mas um valor (o valor fundamental do ordenamento) e está na base de uma série aberta de situações existenciais, nas quais se traduz a sua incessante mutável exigência de tutela” (PERLINGIERI, 2007, p. 155-156).

Temos então a licitude da adoção da Ortotanásia, à luz do direito criminal e da principiologia civil-constitucional, que regem o ordenamento jurídico nesta terceira década do século XXI.

4.2 RESPEITO AOS DIREITOS EXISTENCIAIS COMO PARADIGMA DO DIREITO

Desde a consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento deste estado democrático, no artigo 1° da CF/88, tem-se o respeito aos direitos existenciais como uma norma de natureza principiológica capaz de influenciar toda conduta em sociedade, atribuindo-lhes importância e força normativa, de obrigatória observância.

4.2.1 O que são direitos existenciais?

Direitos existenciais são todos aqueles inerentes à personalidade humana, decorrentes do princípio da dignidade da pessoa humana, disposto no art. 1º, III da CF. Nelson Rosenvald (2007, p. 23) salienta que "há um dever jurídico geral de abstenção de qualquer ato capaz de lesar ditos direitos apenas com limites nos direitos dos outros" Esse dever de respeitar os direitos existenciais de seus semelhantes, não praticando atos que possam causar lesão aos seus iguais, realça a importância dos direitos dessa natureza, que impõe respeito por parte de toda a sociedade, de forma imperativa. Schreiber (2013) explica os direitos existenciais como aqueles inerentes à pessoa humana, compreendendo o universo de interesses relativos à pessoa e à sua dignidade. Assim, a expressão refere-se a todo o espectro de direitos inerentes ao ser humano, que, protegidos pela Constituição, passam a merecer, sob o foco da visão constitucional do direito civil, especial tutela da legislação, sendo a sua proteção imperativa, obrigatória.

Sérgio Cavalieri Filho enuncia desde os direitos como honra, nome, intimidade, privacidade e liberdade se localizam no bojo do direito à dignidade, que é o verdadeiro fundamento e essência de cada um dos preceitos constitucionais relativos aos direitos da pessoa (CAVALIERI FILHO, 2022). Todos os atos atentatórios ou lesivos a eles, praticados por outras pessoas acarretam a responsabilidade civil, ou seja, é necessário reparar o dano causado. Por isso, crescem as situações de reparação em "uma extensa ampliação do rol de hipóteses de dano moral reconhecidas jurisprudencialmente" (MORAES, 2009, p. 165). Assim, a autora constata que o rol de direitos existenciais cresce a cada dia:

> Na verdade, ampliando-se desmesuradamente o rol dos direitos da personalidade ou adotando-se a tese que vê na personalidade um *valor* e reconhecendo, em consequência, tutela às suas manifestações, independentemente de serem ou não consideradas direitos subjetivos, todas as vezes que se tentar enumerar as novas espécies de danos, a empreitada não pode senão falhar: sempre haverá uma nova hipótese sendo criada (MORAES, 2009, p. 166).

Schreiber (2013) corroborando esse raciocínio, anuncia uma expansão quantitativa e qualitativa de situações que passam a ser contempladas como dano à pessoa, a partir do fenômeno da Constitucionalização do Direito Civil, que é uma releitura dos já conhecidos e consagrados institutos de direito civil, à luz dos princípios constitucionais. Passamos então a interpretar o Direito Civil conforme os ideais insculpidos nas cláusulas gerais do texto constitucional. Ideais que têm por escopo oferecer a máxima proteção aos atributos psicofísicos da pessoa, sua vida,

seus direitos. Inclusive, seus sonhos, projetos e reais expectativas, caminhando no sentido de resguardar o ser humano de toda e qualquer conduta atentatória à sua dignidade. Assim, os direitos dessa natureza assumem tal importância e reclamam por tutela cada vez mais ampla e exigente.

A expressão "novos danos" parece tratar de lesão a bens jurídicos diversos daqueles já tutelados pelo ordenamento. Na verdade, compreendem o universo de situações oriundas do desdobramento de lesões a direitos da personalidade, que antes não eram tratadas como tais, dada a sua peculiaridade. Isso porque a liberdade, a honra, a intimidade e a privacidade já eram bens jurídicos tutelados pelo ordenamento jurídico, mas em relação às suas diferentes manifestações não eram apreciadas de forma a efetivar esses direitos existenciais agasalhados na cláusula geral da tutela da personalidade, que encontra fundamento no art. 1º, III da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL. CF, 1988).

> O fenômeno da constitucionalização do direito civil refletiu-se, portanto, também na responsabilidade civil, e de forma notável. Um novo universo de interesses merecedores de tutela veio dar margem, diante da sua violação, a danos que até então sequer eram considerados juridicamente como tais, tendo, de forma direta ou indireta, negada a sua ressarcibilidade (SCHREIBER, 2013, p. 91).

São então "novos danos" aqueles que, partindo de direitos existentes e já consagrados, ramificam-se em extensão e profundidade, trazendo a julgamento pelos juízes e tribunais questões nunca antes discutidas como fatos a ensejar reparação, em franco expansionismo:

> Esta avalanche de novos danos, se, por um lado, revela maior sensibilidade dos tribunais à tutela de aspectos existenciais da personalidade, por outro, faz nascer, em toda parte, um certo temor – antevisto por Stefano Rodatà – de que "a multiplicação de novas figuras de dano venha a ter como únicos limites a criatividade do intérprete e a flexibilidade da jurisprudência" (SCHREIBER, 2013, p. 96).

A reflexão de Schreiber aponta para a dupla dimensão do reconhecimento de novos danos: se, por um lado, resguarda mais a pessoa, por outro, a preocupação quanto ao reconhecimento inesgotável de hipóteses de danos deixa o direito do cidadão à mercê da jurisprudência.

4.2.2 Consentimento como direito existencial

Por todos esses motivos, o consentimento é um importante direito da categoria dos existenciais. Ludger Honnefelder, remetendo-se a John Locke, aborda a vida como bem inerente, enquanto condição necessária de outra realização humana,

possui valor fundamental, mas não é bem último. A integridade do corpo deriva da proteção à dignidade, se tornando base do direito de não ser morto. Mas o direito à vida não pode excluir o direito de morrer naturalmente. E conclui:

> Como ninguém tem o direito de dispor da vida de outro, toda intervenção de um médico exige o consentimento do paciente; isto implica que o paciente tem o direito de estabelecer os próprios limites em qualquer intervenção. [...] Assim, a proteção de sua dignidade exige a inviolabilidade da liberdade de consciência. Isto não determina uma forma particular de existência humana como digna, mas traça um limite para garantir condições para que a própria pessoa decida se sua vida é bem-sucedida ou não, para deixar aberto o espaço para isto e para proteger isto de interferência externa (HONNEFELDER, 2011, p. 156-157).

O direito de consentir é da própria pessoa enferma. Para que a atuação médica seja legítima, é imprescindível que a pessoa enferma consinta qualquer procedimento em sua esfera psicofísica. Sob a luz do direito personalíssimo, e em razão do disposto no *caput* do o art. 5º da vigente CF, a pessoa possui o direito à inviolabilidade da vida e da liberdade, entre outros: "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]" (BRASIL. CF, 1988). Desta gama de direitos, infere-se o de disposição do próprio corpo que pressupõe liberdade e autonomia de vontade, previstos pelo ordenamento jurídico, desde que não seja contrário à lei, aos bons costumes ou à ordem pública. Salienta-se que sem o consentimento da pessoa enferma qualquer atuação no seu corpo ou mente será considerada desrespeito à sua autonomia e aos seus direitos existenciais.

4.3 PRINCÍPIOS JURÍDICOS NORTEADORES DA ORTOTANÁSIA

Embora muitos princípios constitucionais e infraconstitucionais tutelem a prática da Ortotanásia, alguns autores mencionam como merecedores de destaque a dignidade da pessoa humana, a autodeterminação, a relativa disposição dos direitos de personalidade e o direito ao não sofrimento.

4.3.1 Dignidade da pessoa humana

O movimento de valorização por que passou a humanidade, e que posicionou o homem e sua dignidade no ápice do ordenamento jurídico, veio ocorrendo através dos tempos, sobretudo em três fases históricas, segundo

Barcellos (2008): teve início na Era Cristã, quando Jesus pregava a solidariedade e a piedade, ensinando a amar aos semelhantes como a si mesmos. Ganhou importância a partir do movimento Iluminista-Humanista e das obras de Immanuel Kant, que colocavam o homem em evidência, deferindo crescente proteção aos seus direitos. Mas teve seu apogeu no pós-guerra, tempo marcado pelas atrocidades cometidas contra a pessoa e sua dignidade, que culminou com a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Então, a partir do momento em que a dignidade da pessoa humana foi consagrada, logo no art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos [...]”, alcançou *status* de direito fundamental, passando a ser considerada como um axioma, o valor maior do estado democrático, atribuindo aos direitos inerentes à dignidade, o mais elevado grau de importância no ordenamento jurídico. Esse momento foi determinante para a garantia dos direitos de personalidade, dentre eles, a autonomia existencial ou autodeterminação – direito ao cumprimento da própria vontade, podendo a pessoa decidir os rumos de sua vida e que alcança as decisões sobre a própria morte, consoante salienta Borges (2007, p. 230): “Liga-se à possibilidade de a pessoa conduzir sua vida e realizar sua personalidade conforme sua própria consciência”, explica a autora, que desde que não afete direitos de terceiros, “esse poder de autonomia e os correspondentes direitos da personalidade também alcançam os momentos finais de sua vida”.

A dignidade da pessoa humana é alçada à categoria de princípio fundamental, com natureza de direitos humanos. Em seguida, a dignidade e os direitos inerentes à personalidade passam a integrar uma categoria de direitos não mais como princípio, mas como um axioma – o valor máximo do ordenamento jurídico (PERLINGIERI, 2007), conforme já mencionado, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando a maioria das constituições ocidentais pós-modernas consagraram em seus textos a dignidade da pessoa humana, como foi o caso do Brasil, tendo a Constituição Federal de 1988 consagrado a dignidade como fundamento do Estado Democrático de Direito. Explica Rosenvald (2007) que a vigente CF dispôs a dignidade logo no art. 1º, inciso III, o que lhe confere precedência não só topográfica, mas interpretativa, devendo ser analisada com primazia sobre os demais princípios. Elevou-a à categoria de valor, inaugurando uma cláusula aberta: “A dignidade atuaria como cláusula aberta, legitimando a construção de direitos não expressos na Lei Maior, mas com ela compatíveis em razão de sua linha axiológica e principiológica” (2007, p. 51).

Trata-se de uma estrutura firmada sobre direitos fundamentais, direitos humanos, que passa a influenciar não só o Direito, mas sobretudo a Medicina, que inicia um progressivo reconhecimento dos direitos do paciente na especial qualidade de "pessoa", a consagração do respeito à cláusula geral de personalidade. Bodin de Moraes concebe a cláusula geral de tutela da pessoa humana como direito fundamental, que visa proteger a pessoa em suas múltiplas características, naquilo "que lhe é próprio" (MORAES, 2009, p. 128). Por esse motivo, os direitos de personalidade se constituem universo inesgotável de emanações que, inerentes à pessoa humana, merecem proteção legal. A interpretação sistemática da perspectiva dos direitos de personalidade na vigente ordem jurídica leva ao reconhecimento da supremacia dos direitos existenciais e sua importância principiológica, e essa proteção dá origem a uma fonte de novos direitos, conforme analisa Schreiber (2013, p. 92): a dignidade não se limita, nem poderia, com seu *status* de cláusula geral, limitar-se a certos interesses, pois seu amplo conteúdo inclui vários aspectos inerentes à pessoa humana que vêm se enriquecendo, articulando, ampliando e diferenciando cada vez mais.

Nesse diapasão, com o crescente movimento de humanização das ciências, o Direito e a Medicina acolhem como princípio o respeito à pessoa e à sua dignidade – conduta que refletiu nas decisões em adotar novas tendências na legislação brasileira. Não somente o Direito, mas a Medicina começa a demonstrar preocupação com os momentos finais da vida humana. Em consequência desse raciocínio, busca-se a dignidade no momento da finitude, ganhando relevo a humanização da morte, reconhecida agora como fase da vida humana. Assim, adotam-se os cuidados paliativos em relação ao enfermo terminal – definidos pela OMS em 2002 (corroborado em 2017) como aqueles que visam minimizar a dor e promover bem estar global do doente, em atendimento por equipe multidisciplinar, capaz de tratar a pessoa enferma em seus diferentes aspectos: físico, psicológicos, emocional, afetivo, social e até mesmo espiritual. Então, em agosto de 2017, a OMS alterou novamente o conceito para

> [...] uma abordagem de melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (WHO, 2017).

4.3.2 Direito à liberdade e à autodeterminação

O segundo princípio em análise é a autodeterminação, intrinsecamente ligado à liberdade, direito fundamental por excelência. A dignidade é matéria de direitos humanos, assim entendida como direito à autodeterminação, que por sua vez, envolve o exercício do direito fundamental referente à condição de se autogovernar:

> A ética dos direitos humanos pretende indicar não somente a dignidade fundamental do ser humano, mas as dimensões antropológicas básicas, sem as quais o bem-estar e o florescimento do ser humano são impossíveis e, portanto, devem ser protegidos por direitos fundamentais. [...] Em relação à área da assistência médica, alguns destes direitos têm importância particular, por exemplo, o direito à autodeterminação (autonomia), o direito à integridade da vida e do corpo e o princípio da equidade (HONNEFELDER In BERTACHINI; PESSINI, 2011, p. 143).

Explicando a liberdade, Bodin de Moraes (2006, p. 43) afirma que a liberdade individual é atualmente consubstanciada "numa perspectiva de privacidade, de intimidade, de livre exercício da vida privada", significando cada vez mais poder realizar as próprias escolhas individuais, sem interferências.

A vontade da pessoa, na qualidade de direito fundamental, consequência do valor maior do ordenamento jurídico (dignidade da pessoa humana) ganha importância, pois, na dignidade da pessoa humana, insere-se o poder de decisão a respeito de si mesma e de sua própria vida, conforme lição de Elimar Szaniawski (apud Borges, 2007, p. 149):

> Este direito consiste no poder que todo ser humano possuiu de autodeterminar-se, de decidir por si mesmo o que é melhor para si. O poder de autodeterminação diz respeito à possibilidade que cada indivíduo tem de determinação do sentido de sua evolução e da formação de seu próprio tipo de personalidade. Esta capacidade é outorgada pela própria ordem jurídica, ao reconhecer, no âmbito da tutela de um direito geral de personalidade, a existência da autonomia da vontade e de uma soberana capacidade de exercício. Ressalte-se que o bem jurídico da personalidade constitui-se, em princípio, como bem indisponível nas relações do sujeito com outros indivíduos. No entanto, este fato não é impeditivo de que, no âmbito da esfera pessoal de cada indivíduo, ocorram mutações juridicamente tuteláveis, oriundas do poder de autodeterminação do ser humano.

No mesmo sentido, leciona Heloisa Helena Barboza (2010, p. 36):

> A autonomia privada, enquanto exercício da liberdade, constitui instrumento de expressão e concretização da dignidade humana. [...] No momento em que é exaltado o papel fundamental da pessoa humana na ordem jurídica, não parece razoável entender sua autonomia como uma *concessão* ou *atribuição* do Estado, mas sim

> como o reconhecimento do *poder* do sujeito privado de se auto-regular, nos limites da lei, aqui entendida em seu sentido amplo, e que tem na Constituição da República sua expressão maior.

Ainda sobre a autonomia, destacam Oliveira e Barbas (2013, p. 329):

> A palavra autonomia deriva de dois termos gregos – *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma) – que conjugados, querem dizer autodeterminação da pessoa para tomar decisões que afetem sua vida, saúde, integridade física e psíquica, bem como suas relações sociais. O princípio da autonomia, portanto, refere-se à capacidade que tem o ser humano sobre o que é *bom* ou o que é seu *bem-estar*. A pessoa é autônoma quando tem liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas para optar entre as propostas que lhe são apresentadas.

Segundo Diaulas Costa Ribeiro, a autonomia será o grande direito da personalidade do século XXI, e adverte: “Mas, a autonomia não dispensa a capacidade” (RIBEIRO, 2006, p. 275). No mesmo diapasão, “Considera-se autonomia, ou direito à autonomia, a capacidade ou aptidão que têm as pessoas de conduzirem suas vidas como melhor convier ao entendimento de cada uma delas” (SÁ; MOUREIRA, 2015). O conceito de autodeterminação deve ser entendido como expressão da autonomia existencial, que significa a capacidade de autogovernar-se, de expressar a própria vontade, um direito de escolha, objetivando privilegiar a decisão e respeitar os mais íntimos desejos da pessoa, no caso específico da Ortotanásia, aquela que deseja não sofrer nos derradeiros momentos da vida. Sobre o direito à autodeterminação, salienta Maria Celina Bodin de Moraes que,

> Na área da biomedicina, é o interesse, o ponto de vista do indivíduo, que deve prevalecer quando se trata de sua saúde, física e psíquica, ou de sua participação em qualquer experiência científica. A regra expressa o conceito da não instrumentalização do ser humano, significando que este jamais poderá ser considerado objeto de intervenções e experiências, sempre sujeito de seu destino e de suas próprias escolhas (MORAES, 2009, p. 98).

No mesmo senso, salienta Diaulas Costa Ribeiro que a pessoa pode decidir pela não utilização de suporte artificial para respirar ou não ser mantida em vida vegetativa com o auxílio de aparelhos que somente são capazes de retardar o processo de morte, para além do tempo normal, promovendo verdadeiro infortúnio ao doente. Na atual perspectiva dos direitos de personalidade, a pessoa enferma goza de autodeterminação, autonomia para decidir, discernimento, ainda que de forma compartilhada com o médico, mas autogovernar-se, ser sujeito de sua vida e não objeto da medicina ou da vontade da família. Nesse sentido, salienta Luciana Dadalto que a capacidade concebida como discernimento é fundamental para validar o consentimento (DADALTO, 2015). Se lhe falta discernimento, então,

a pessoa não terá condições de escolher o que é melhor para si mesma.

4.3.3 Relativa disposição dos direitos existenciais

O exercício da autodeterminação, embora encontre rigidez legislativa em certos aspectos, permite que a pessoa disponha de seu corpo e de outros direitos de personalidade, como por exemplo, a doação de órgãos e tecidos nos termos da Lei Federal nº 9.434/97, que permite, em vida, doar órgãos dúplices ou regeneráveis, vedando, entretanto, a disposição de órgão capaz de inviabilizar a vida do doador ou mesmo quando oferecer risco desproporcional à sua vida ou à sua saúde. Com a ampliação da proteção aos direitos existenciais, entendidos como aqueles que dizem respeito à personalidade humana, emerge a cláusula geral da dignidade que abarca a gama de direitos atinentes ao desenvolvimento da pessoa humana, mesmo sem expressa previsão legal, sendo lei aqui tomada no seu sentindo amplo. Infere-se da atual perspectiva dos direitos existenciais que a importância deles excede a condição de simples direitos para assumir caráter de direito fundamental, aos quais não se pode impor restrição que desnature sua essência, sob pena de provocar um retrocesso social e jurídico.

Na seara dos novos direitos é possível identificar o dano provocado pelas agruras de uma morte lenta, dolorosa e angustiante, sem esperança e sem conforto. Afastar-se desse entendimento é uma ameaça à dignidade da pessoa humana, valor fundamental do ordenamento jurídico pátrio, conforme já mencionado. É exatamente nessa circunstância que se afirma o direito de morrer em paz, com dignidade, quando as condições exigidas para se manter a vida se mostram tão maléficas, a ponto de retirar-lhe a dignidade, concluindo-se que o melhor seja deixar que a morte ocorra no seu devido tempo, “na hora certa”.

Francisco Amaral (apud BORGES, 2007, p. 117) ao tratar do direito ao corpo, admite a hipótese de se exercer o direito de disposição sobre as partes que podem ser destacadas, ratificando que a pessoa juridicamente capaz pode dispor de forma gratuita de partes do corpo vivo, órgãos e tecidos para fins terapêuticos ou de transplantes. Outros autores como Capelo de Sousa, Mônica Aguiar, Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho, Carlos Alberto Bittar, Marcos de Campos Ludwig e Alexandre dos Santos Cunha, no mesmo sentido, corroboram a tese da disponibilidade dos direitos da personalidade sob certas condições (BORGES, 2007, p. 117-120). Esses estudiosos defendem a transmissibilidade limitada dos direitos da personalidade a partir do respeito à liberdade de disposição dentro dos parâmetros impostos pelo direito. Roxana Borges conclui sobre a relativa

disponibilidade dos direitos de personalidade:

> Se a dignidade da pessoa humana e, portanto, os direitos de personalidade forem considerados apenas em seu aspecto negativo, como faz o direito penal, a tutela dos direitos de personalidade não estará completa. Na verdade, é preciso valorizar a possibilidade e a presença da autonomia privada no âmbito dos direitos de personalidade, reconhecendo seu aspecto positivo, ligado à liberdade jurídica, vinculado à autonomia privada e à relativa disponibilidade de tais interesses (BORGES, 2007, p. 123).

Entretanto, a disponibilidade encontra limites bem delineados por lei e jurisprudência, a fim de que não extrapole a legalidade e a eticidade. Fatores igualmente importantes para fundamentar o cerceamento da disponibilidade são o respeito à ordem pública e os bons costumes que fundamentam a vigente organização social. Com a mesma função encontra-se a não lesão a direito de terceiros. Tem-se dessa forma delineado um âmbito seguro para a relativização do direito da personalidade, fora do qual seria inseguro prosseguir.

Por todo o exposto, há permissão jurídica para se dispor da própria vida quando é chegado o tempo da morte, quando a dignidade da pessoa já se mostra ameaçada e o estado de terminalidade da doença, longe de ser uma esperança de cura, somente submete o enfermo a sofrimentos, configurando lesão à dignidade da pessoa doente.

4.3.4 Direito ao não sofrimento

Os interesses existenciais estabelecem a mais nobre categoria de direitos, constitucionalmente protegida, incluem o direito a não sofrer, que é o último princípio a ser tratado, mas que ainda não se encontra expresso no ordenamento jurídico. Ninguém em plena capacidade e em sã consciência optaria por uma morte angustiante, dolorosa, lenta e tardia; se tivesse oportunidade, escolheria morrer com dignidade e no momento certo, sem postergação, já que a dor e o sofrimento passam a ser refutados, conforme explica Anderson Röhe (2004, p. 123):

> A dor e o sofrimento tornaram-se desvalores rejeitados por uma sociedade adoradora do corpo e da perfeição. Daí a necessidade de uma medicina operante que assegure aos homens o seu bem-estar físico e mental, proporcionando uma boa morte, mais humana e capaz de ser compreendida.

Nesse diapasão, é natural que a pessoa busque seu bem estar, procurando afastar a dor e as angústias. As pessoas capazes devem ter o direito à autodeterminação, à possibilidade de decidir sobre sua vida e sua morte, inclusive devem ter a faculdade de afastarem possíveis situações de risco de sofrimento,

optando por não se submeterem a inúteis tratamentos dolorosos. Entretanto, o direito ao não sofrimento não deve ser entendido de forma extensiva a ponto de cairmos no extremo oposto, para entender e justificar a eutanásia como uma conduta lícita no Brasil. Não se trata de aceitar a eutanásia como solução, mas, por igual, não se deve promover a postergação do processo de morte. Consoante já se comentou no tópico dedicado à autodeterminação, a pessoa pode decidir pela não utilização de suporte vital que somente concorre para postergar o processo de morte, submetendo-a a dores que lhe retiram a alegria, o conforto e a própria dignidade.

O atendimento ao princípio do não sofrimento reside no fato de a pessoa não ser obrigada a passar por procedimentos cruéis que lhe causam dores a limites quase insuportáveis, se podem passar pelos derradeiros dias com mais serenidade, sem sofrimentos excessivos. Evidentemente, esses princípios são básicos, fundamentais e devem ser observados para que a Ortotanásia seja aplicada de forma ética e legítima.

Atualmente, o direito implícito de decidirmos pelo não sofrimento é albergado na tutela da dignidade humana, além disso, escolhermos por não sermos submetidos a tratamento desumano e degradante encontra previsão legal no artigo 5º, III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1998 (BRASIL. CRFB, 1988). Sofrer é um vocábulo derivado do latim *sufferre*, que significa suportar, resistir. Dessa forma, sofrimento é um sentimento sinônimo de aflição e requer relutância, "[...] é um estado de quem resiste à aflição" (DRANE, 2015, p. 13). Ademais, explica Pessini (2010, p. 130) que "A falta de um tratamento adequado para a dor é uma das maiores injustiças e uma causa importante de grandes sofrimentos e de desesperos".

Principalmente nos momentos finais da vida, faz-se importante considerar a busca por uma forma de morrer com dignidade, como reflexo de uma existência digna. Deve-se buscar, portanto, promover a morte mais natural e menos dolorosa possível, conforme lecionam Leo Pessini e Christian Barchifontaine (2014, p. 454): "[...] cada vez mais, nossas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida... mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma".

4.4 ORTOTANÁSIA NA PERSPECTIVA DO DIREITO CIVIL-CONSTITUCIONAL

O movimento de repersonalização ou constitucionalização do Direito Civil traz a pessoa para o centro das questões a ela referentes e promove uma releitura do direito à luz dos princípios constitucionais. Esse movimento de humanização tem trazido importantes evoluções para as ciências que cuidam da vida humana – e também da morte que, diante do crescente processo de medicalização, tem se tornado cruel para o enfermo, conforme explica Kovács (2014, p. 95):

> A morte pode se tornar evento solitário, sem espaço para a expressão do sofrimento e para rituais. A caricatura que a representa é o paciente que não consegue morrer, com tubos em orifícios do corpo, tendo por companhia ponteiros e ruídos de máquinas, expropriado de sua morte. O silêncio impera, tornando penosa a atividade dos profissionais com pacientes gravemente enfermos. O prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre pacientes, familiares e equipes de cuidados, com estresse e risco de colapso.

O morrer tem sido expropriado de seu titular, tornando-se evento solitário e desumano; há um movimento no sentido de humanização e reapropriação da morte: "Hoje se reivindica a reapropriação da morte pelo próprio doente. Há uma preocupação sobre a salvaguarda da qualidade de vida da pessoa, mesmo na hora da morte", argumenta Borges (2007, p. 231), referindo-se ao direito de morrer dignamente.

Uma lei bem à frente nesse debate, a Lei Estadual do Estado de São Paulo Nº 10.241/1999 (SÃO PAULO. LEI ESTADUAL Nº 10.241/1999), permite aos usuários dos serviços de saúde em estado terminal o direito de recusarem tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida. Mário Covas, Governador do Estado à época, disse que sancionava a lei como político e como paciente (acometido de câncer já diagnosticado). Dois anos depois, estando em fase terminal, dela se utilizou, ao recusar o prolongamento artificial da vida, conforme relata Cabette (2013).

4.4.1 A constitucionalização do Direito Civil

Trata-se de um movimento internacional de valorização da pessoa humana, que passa a envolver a comunidade internacional no sentido de criar mecanismos capazes não somente de reconhecer, mas de efetivar os direitos inerentes à pessoa, nessa qualidade. Reforçam-se ainda certos direitos indisponíveis, como a liberdade, a igualdade e outros destes decorrentes. Inicia-se, então, um movimento de constitucionalização das relações privadas, promovendo uma releitura dos

clássicos institutos de Direito Civil à luz dos princípios constitucionais, através de uma interpretação conforme a axiologia da CRFB (BRASIL. CF, 1988), submetendo toda e qualquer conduta humana à principiologia dos direitos fundamentais nela inseridos. A Alemanha foi o primeiro país de tradição continental a seguir o caminho da constitucionalização do Direito Civil (MORAES, 2009, p. 4), passando a valorizar a pessoa humana em sua dignidade, como sujeito de direitos, respeitando-a em sua honra e estimando-a em relação à sua autonomia existencial. Esse atributo inerente com exclusividade à espécie humana diz respeito à autodeterminação que cada um tem à possibilidade de eleger o que melhor o atenda, à capacidade de se tomar a vida nas próprias mãos e, no exercício da liberdade, escolher seu próprio futuro. Em última análise, seria um aspecto que remonta ao livre arbítrio, contido nas Escrituras Sagradas em Deuteronômio 30: 15 (ALMEIDA, 1993), princípio segundo o qual as pessoas são livres para escolherem seu próprio destino.

Assim, após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a exemplo de outros Estados Democráticos de Direito, o Brasil inclui no texto constitucional a Dignidade da Pessoa Humana. Esse princípio, ao ser elencado entre os fundamentos desta República Federativa, passa a gozar de especial tutela, resguardando todos os direitos dela decorrentes, abrangendo todo o universo de manifestações da personalidade humana.

O legislador constituinte elencou a Dignidade da Pessoa Humana como fundamento da República Federativa do Brasil, elevando-a à categoria de valor de extrema grandeza, dispondo-a logo no artigo 1º, inciso III. Evidentemente, ao dispor a dignidade de maneira tão elevada, o legislador alçou a personalidade e suas emanações a um valor de inigualável importância. Ao atribuir tratamento de tamanha primazia à personalidade e aos direitos a ela inerentes, a Constituição demonstra especial preocupação com a pessoa humana e a tutela de seus direitos.

A visão constitucional do Direito Civil acarretou consequências com desdobramentos na responsabilidade civil a partir da proteção à personalidade e aos direitos a ela inerentes, originando um universo de interesses merecedores de tutela, reconhecendo como danos, que sequer eram considerados juridicamente como tais. Essa proteção permite a não aplicação da lei quando afronta os interesses existenciais. Nesse sentido, salienta Perlingieri que alguns juristas não aplicam a lei quando esta desrespeita a pessoa humana:

> O jurista é aquele que interpreta, individua e aplica as leis: no momento em que as desaplica, exerce uma atividade, às vezes, historicamente louvável, mas diversa daquela de jurista. Entretanto, mesmo esta argumentação tem naturalmente os seus limites. Basta considerar

> a não sujeição de alguns juristas ao Poder Legislativo quando este não atendeu ao essencial e mínimo respeito à pessoa humana. (PERLINGIERI, 2007, p. 3).

Explica Schreiber (2013, p. 91) que a tutela dos direitos existenciais tem influenciado a responsabilidade civil de forma notável, e uma nova gama de interesses merecedores de tutela, uma vez violados, origina danos que até então não eram considerados juridicamente como tais, cuja reparação era negada.

4.4.2 Direito à morte digna: corolário da vida digna

Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald (2023) explicam a relação existente entre a vida digna e a morte digna: a morte é o corolário, a consequência lógica, da vida, então, nada é mais natural do que asseverar que o direito à vida digna (CF, art. 1°, III) traz consigo, o direito à morte igualmente digna. Verdadeiramente, não teria sentido preservar a dignidade da pessoa humana durante a vida, tutelando os direitos de personalidade a ela inerentes, para desprezá-la no momento em que se encontra mais debilitada, enferma, prestes a falecer. Salientam ainda os referidos autores: exige-se cuidadosa reflexão livre das convicções pessoais para estabelecer as latitudes do direito à morte digna, e mais, independentemente do posicionamento prevalente, é necessário se reconhecer que o único ponto indelével (e insubstituível) desse debate é a compreensão de que a dignidade da pessoa humana também se projeta na morte (FARIAS; ROSENVALD, 2023).

O ordenamento jurídico cuida garantir a todas as pessoas a existência digna. A dignidade da pessoa humana, estruturada através da cláusula geral de tutela dos direitos de personalidade, toma para si a garantia integral das pessoas em face dos abusos do Estado, quando se fala na eficácia vertical daqueles direitos, e dos demais particulares, quando então se observa a eficácia horizontal deles. Soma-se o acesso ao Poder Judiciário, através do direito de ação, para a materialização desses direitos, reforçando a proteção. O direito deste novo tempo emoldura uma sociedade em constante evolução, buscando ampliar a visão a fim de perceber o espectro desta gama de direitos, para garanti-los aos cidadãos em relação à qualidade de vida e à consequente garantia de morte digna, que é uma complexa questão a ser preenchida e interpretada à luz dos valores que formam o verdadeiro conteúdo do princípio da dignidade humana. Trata-se de uma perspectiva pela qual o sentido atribuído à expressão "morte digna" não se refere a eutanásia, mas pretende dar nova nuance, que é a morte no seu tempo

devido, aceita de forma esperada, paciente, tranquila, no seio dos entes queridos, oferecendo ao enfermo amor e carinho, suprindo as suas reais necessidades de forma integral, pois a morte faz parte da vida, e a ela dá sentido.

Destarte, a morte digna é a culminância de uma vida digna, a fase final em que a pessoa enferma ainda é detentora de seus direitos, podendo gozar em seus derradeiros momentos as mesmas prerrogativas que o fizeram chegar até ali. Como sujeito de direitos pode escolher como, onde e ao lado de quem cumprirá sua caminhada. É, portanto, indissociável uma ideia da outra: não há vida digna sem morte digna, porquanto ao se transformar o ser humano em objeto da ciência médica, mero corpo sem alma, ao desconsiderar a dimensão espiritual e psicológica que o compõem, esvazia-se essência do princípio da dignidade humana. É certo que no conteúdo do valor maior deste estado de direito, a dignidade da pessoa humana, encontra-se a tutela da morte digna, pois se o mais nobre objetivo do estado democrático de direito é promover a dignidade da pessoa humana durante a vida, deve também buscar propiciar a morte digna, pois conforme assevera Diaulas Costa Ribeiro (2006), a morte digna é um direito humano.

O direito à morte digna não significa buscar o direito de morrer de forma simplória, irracional ou sem critérios objetivos, que asseguram a ética. Contextualizando essa discussão, é necessário distinguir o direito à morte digna do direito a decidir pela própria morte em determinadas situações. Enquanto o direito de morrer é entendido como eutanásia ou auxílio ao suicídio, mediante intervenções que visam provocar o resultado morte, o direito de morrer dignamente, no contexto da Ortotanásia, refere-se ao desejo de buscar a morte de forma natural, humanizada, sem adoção de tratamentos ou procedimentos fúteis que prolonguem inutilmente a vida, mas sem abreviação da vida. Nesse sentido, observa Roxana Borges (2007, p. 232):

> O direito de morrer dignamente não deve ser confundido com o direito à morte. O direito de morrer dignamente é a reivindicação por vários direitos, como a dignidade da pessoa, a liberdade, a autonomia, a consciência; refere-se ao desejo de ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia por parte de um tratamento inútil. Isso não se confunde com o direito de morrer. Este tem sido reivindicado como sinônimo de eutanásia ou auxílio ao suicídio, que são intervenções que causam a morte. Não se trata de defender qualquer procedimento que cause a morte do paciente, mas de reconhecer sua liberdade e sua autodeterminação.

Existem vários direitos albergados no bojo do direito à morte digna: além do respeito à dignidade da pessoa, a proteção à liberdade e à autonomia, a não submissão a tratamentos fúteis (distanásia) e outros abrangidos pela cláusula

geral de dignidade humana, no art. 1º, III da vigente CF. A dignidade da pessoa humana, como valor máximo do ordenamento jurídico, requer uma tutela cada vez mais exigente. Implica uma série de cuidados que passam a ser exigidos, devendo-se colocar a pessoa a salvo de qualquer lesão ou ameaça aos direitos relativos à sua dignidade. A dignidade do enfermo exige cuidado e é de obrigatória proteção não somente por parte da família e dos médicos, mas também do Poder Público. A partir desse raciocínio, a dignidade da pessoa deve ser observada desde o nascimento, durante a vida e alcançar os momentos finais da existência, a morte, que também deve ser permeada pela noção de dignidade e de cuidados.

4.5 Ortotanásia à luz do Direito Criminal

A intenção de se retirar a ilicitude da prática da Ortotanásia se justifica pelo relevante sentimento de amor que compele alguém a diminuir o sofrimento daquele que está em fase terminal. Trata-se de uma tendência nada recente, anterior à promulgação da CF/88, segundo constata Borges:

> Em 1984, junto com a proposta de reforma da Parte Geral do Código Penal, havia também um anteprojeto para modificação da Parte Especial. A modificação da Parte Especial não ocorreu. Esse anteprojeto da Parte Especial do Código Penal brasileiro previa expressamente a ortotanásia, no art. 121, § 4º: "Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém, por meio artificial, se previamente atestada, por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do doente ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge ou irmão" (BORGES, 2007, p. 237).

O Projeto de Lei do Senado, o PLS nº 116, de 2000, de autoria do Senador Gerson Camata, objetivando excluir a ilicitude da prática da Ortotanásia, foi apresentado em 20 de abril de 2000, propondo:

> Art. 1º Acrescentam-se os §§ 6º e 7º ao art. 121 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), com a seguinte redação:
>
> Exclusão de ilicitude
>
> § 6º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.
>
> § 7º A exclusão de ilicitude a que se refere o parágrafo anterior faz referência à renúncia ao excesso terapêutico, e não se aplica se houver omissão de meios terapêuticos ordinários ou dos cuidados normais devidos a um doente, com o fim de causar-lhe a morte (BRASIL. PLS Nº 116, 2000).

Ainda no âmbito do Direito Criminal, o Projeto de Lei nº 236 de 2012, de autoria do Senador José Sarney, que trata da reforma do Código Penal Brasileiro, prevê a inexistência de crime para o médico quando deixar de fazer uso de meios extraordinários, mediante adoção de cuidados paliativos e atestado de morte iminente por dois médicos – prevendo a atipicidade da conduta do médico. Cabe ressaltar a relevância de que o estado de terminalidade (caracterizado pelas expressões morte iminente, inevitável e doença irreversível) seja atestado por dois médicos, o que conduz a uma segurança maior a respeito do quadro clínico do enfermo que se valerá da Ortotanásia.

Os fatos aduzidos se constituem argumentos favoráveis à admissibilidade e legalidade da Ortotanásia no Brasil, sob a ótica do Direito Criminal, demonstrando a evolução no sentido da disciplina jurídica da Ortotanásia no Brasil.

4.6 Tendência jurisprudencial

A Ortotanásia nos parece já bem entendida por parte da doutrina e da jurisprudência brasileira, já em consonância com a ampla tutela da dignidade da pessoa humana, a humanização das ciências, sobretudo no que se refere ao direito e à medicina, além da importância da bioética nas questões dos direitos de personalidade. Pelo menos, percebemos que as lides têm sido pacificadas no seio dos próprios tribunais estaduais, pois não temos ciência até o momento de julgados submetidos aos tribunais superiores (Superior Tribunal de Justiça-STJ e Supremo Tribunal Federal-STF), pelo menos a partir da atenta leitura e busca nos sites, não encontramos resistência por parte dos juízes e desembargadores em legitimarem a prática da ortotanásia e reconhecerem a morte digna e no tempos correto como uma importante realização dos direitos de personalidade.

Uma única resposta à busca no STJ, trouxe-nos um caso concreto não afeto à Ortotanásia (embora a expressão figurasse no julgado). Ocorreu a seguinte situação: o casal paciente impetrou um *Habeas Corpus* em que a autoridade coatora é o Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo, mas a decisão se deu unicamente em relação ao HC, não examinando a suposta Ortotanásia (a hipótese era um caso concreto análogo à Antecipação Terapêutica do Parto (ATP), por força da ADPF nº 54/2004. O feto era acometido de Síndrome de Edwards. (BRASIL. STJ. HABEAS CORPUS: HC 732868-ES. 2022/0092851-9).

Apresentamos, então, quatro decisões, de forma exemplificativa, acompanhadas de breve análise dos principais aspectos relativos ao estudo e à compreensão da Ortotanásia.

- Julgado 1:

> AJALR Nº 70042509562 2011/CÍVEL CONSTITUCIONAL. MANTENÇA ARTIFICIAL DE VIDA. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. PACIENTE, ATUALMENTE, SEM CONDIÇÕES DE MANIFESTAR SUA VONTADE. RESPEITO AO DESEJO ANTES MANIFESTADO. Há de se dar valor ao enunciado constitucional da dignidade humana, que, aliás, sobrepõe-se, até, aos textos normativos, seja qual for sua hierarquia. O desejo de ter a "morte no seu tempo certo", evitados sofrimentos inúteis, não pode ser ignorado, notadamente em face de meros interesses econômicos atrelados a eventual responsabilidade indenizatória. No caso dos autos, a vontade da paciente em não se submeter à hemodiálise, de resultados altamente duvidosos, afora o sofrimento que impõe, traduzida na declaração do filho, há de ser respeitada, notadamente quando a ela se contrapõe a já referida preocupação patrimonial da entidade hospitalar que, assim se colocando, não dispõe nem de legitimação, muito menos de interesse de agir (BRASIL. TJRS. ROSA. AJALR Nº 70042509562. Relator Des. Arminio José Abreu Lima da Rosa, decisão de 1ª de junho de 2011).

O desembargador relator do recurso, em seu voto, declara sobre a petição:

> [...] reflete a disputa entre a ortotanásia e a distanásia, corresponde a primeira o assegurar às pessoas uma morte natural, sem interferência da ciência, evitando sofrimentos inúteis, assim como dando respaldo à dignidade do ser humano, ao passo que a segunda implica prolongamento da vida, mediante meios artificiais e desproporcionais, adjetivando-a de "obstinação terapêutica", na Europa, senão de "futilidade médica", nos Estados Unidos. (BRASIL. TJRS. AJALR Nº 70042509562. Relator Des. Arminio José Abreu Lima da Rosa, decisão de 1ª de junho de 2011).

O direito à Ortotanásia é reconhecido de forma pioneira pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. A decisão foi então pelo atendimento à vontade da paciente, pela não realização do procedimento com risco ao paciente e pelo direito ao não sofrimento – direito a ter suas dores minoradas, bem como resguarda o direito pela "morte no tempo certo": Ortotanásia.

- Julgado 2:

> APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL.
>
> 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para "aliviar o sofrimento"; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida.
>
> 2. O caso se insere no denominado *biodireito*, na dimensão da *ortotanásia*, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural.

> 3. O direito à vida garantido no art. 5º, *caput*, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o *direito à vida*, não o *dever à vida*, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal.
>
> 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado *testamento vital*, que figura na Resolução nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina.
>
> 5. Apelação Desprovida (BRASIL. TJRS. MARIANI. Apelação Cível nº 70054988266 - CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000, Desprovida por unanimidade. Relator: Des. Irineu Mariani. Porto Alegre, 20 de novembro de 2013.

Outra importante decisão é, oriunda também do TJRS, a Apelação Cível Nº 70054988266 do TJRS, em que os desembargadores, por unanimidade, não acataram a petição do promotor de justiça de amputar o pé do paciente sujeito à gangrena contra sua vontade. Em decisão de 20.11.2013, o relator Des. Irineu Mariani entendeu pela prevalência da vontade do enfermo quanto à decisão de não amputar o membro ainda que com objetivo de salvar-lhe a vida.

O relator destacou que o paciente idoso estava lúcido, vendo a morte como alívio do sofrimento. Salientou se tratar de um caso que se insere na dimensão da Ortotanásia. E se o paciente se recusa ao ato cirúrgico mutilatório, conclui o relator, invocando o princípio da dignidade da pessoa humana: em relação ao seu titular, o direito à vida não é absoluto e nem pode ele ser obrigado a se submeter à cirurgia com risco (art. 15 CCB). Não acatou o pedido do promotor de justiça para que fosse realizada a cirurgia mutilatória sem consentimento do enfermo.

- Julgado 3:

> EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS. OMISSÃO. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. MEDIDAS PALIATIVAS. MORTE CEREBRAL. ORTOTANÁSIA. DANO MORAL. DEVIDOS. Aplica-se a teoria de responsabilidade civil subjetiva quando o dano experimentado ocorre em razão da suposta falha do Poder Público ou de prestadoras de serviço público. Na ação de indenização por danos morais, o valor da condenação não pode ser irrisório, mas também não deve gerar o enriquecimento ilícito do ofendido. Seguindo a orientação do Supremo Tribunal Federal nas ADIs nº. 4.357 e n.º 4425, quando declarou, por arrastamento, a inconstitucionalidade do art. 5º da Lei 11.960/2009, as dívidas da Fazenda Púbica devem ser corrigidas com base nos índices

> que reflitam a inflação acumulada do período IPCA. Se tratando de danos morais, deve-se observar a data do arbitramento (Súmula n.º 362 do STJ) e a data do evento danoso (Súmula n.º 54 do STJ), para fins de correção e juros de mora, respectivamente. Recurso conhecido e parcialmente provido.
>
> (TJMG - Apelação Cível 1.0443.17.003149-8/001, Relator(a): Des.(a) Albergaria Costa, 3ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 19/12/2019, publicação da súmula em 23/01/2020).

No processamento de uma ação de cunho reparatório de danos morais, o autor buscou a reparação civil dos danos que ele e sua família sofreram em razão de erro médico quando da constatação de morte de seu progenitor. A sentença de primeiro grau foi proferida pela improcedência dos pedidos. O autor apelou ao argumento de que devido ao erro na constatação do óbito, seu pai havia passado horas sem oxigênio, soro e demais procedimentos, fato que deixou o paciente com dores e em sofrimento, acarretando danos a ele próprio e à sua família. A relatora entendeu devida a reparação, fixou o valor da verba referente, motivando a decisão pelo fato de que na ortotanásia são suspensos os procedimentos invasivos, mas o paciente com doença em estado terminal deve receber os cuidados mínimos para a garantia da morte mais digna, livre de sofrimento.

- Julgado 4

> AGRAVO DE INSTRUMENTO. TRATAMENTO DE SAÚDE. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. AÇÃO AJUIZADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM MENINA PORTADORA DE OSTOSSARCOMA COM METÁSTASES PULMONARES, COM EVENTUAL AMPUTAÇÃO DO BRAÇO DIREITO. DISCORDÂNCIA DOS GENITORES. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO PARA A PROPOSITURA DA DEMANDA, DIANTE DO PREVISTO NO ART. 127, CAPUT, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E ART. 201, V, E ART. 208, III, AMBOS DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. NOMEAÇÃO DE CURADOR ESPECIAL EM RAZÃO DA OMISSÃO DOS GENITORES DA INFANTE. RESPONSABILIDADE DO PODER PÚBLICO NA ASSISTÊNCIA A PACIENTE. AGRAVO DE INSTRUMENTO DESPROVIDO.
>
> (Agravo de Instrumento, Nº 70060006798, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luís Dall'Agnol, Julgado em: 27-08-2014).

Por fim, apresentamos este feito, à luz do ECA, em razão de interesse da criança, muito bem analisado da seguinte forma por Silva (2021): a ação fora ajuizada pelo Ministério Público, na tutela de uma menina com tumor ósseo no braço direito e metástases nos pulmões, sendo tratada em hospital e com indicação médica para desarticulação do membro, como medida terapêutica.

Houve envio de documentos pelo oncologista pediátrico ao MP, que abriu procedimento administrativo. O médico argumentou que os pais não autorizaram a amputação, e que iriam buscar outro parecer médico. Suspenso a quimioterapia. Em face da gravidade do caso, o MP considerou negligência dos genitores a não autorização da desarticulação e o abandono da quimioterapia, fatos que motivaram a propositura da ação. Por meio de decisão interlocutória o juiz de primeiro grau determinou a internação da menina, nomeando-lhe curadora especial e avaliação sociopsicológica da família. Os pais agravaram de instrumento da decisão por ilegitimidade do MP, ao argumento de não violação de seus deveres concernentes ao poder familiar, pois estavam atentos ao tratamento da filha e só não autorizaram a cirurgia de desarticulação por falta de garantia de cura e em atendimento à vontade da própria filha, a quem prometeram não permitirem a amputação. Categorizaram o caso como tema de biodireito, na dimensão da ortotanásia e explicaram que a decisão não fora motivada por convicções religiosas e basearam-se no art. 15 do Código Civil. O MP opinou pelo desprovimento do recurso. O relator reafirmou a legitimidade do MP para a ação em defesa de direitos individuais heterogêneos de crianças e adolescentes, (art. 127, caput da CF e art. 201, V, e art. 208, III do ECA). O relator reputou negligência dos pais, fato que justifica a ingerência do Estado, entendeu correta a decisão do juiz quanto à autorização da cirurgia e nomeação de curadora, eis que a mãe demonstrou não aceitar a doença da filha. Manifestou-se no sentido de que os médicos devem providenciar o tratamento necessário e cabe à justiça assegurar esse dever para que criança sobreviva.

- Breves apontamentos acerca dos julgados:

Com base nas jurisprudências analisadas, concluímos que os tribunais parecem caminhar no sentido de outorgar à Ortotanásia o seu papel precípuo, qual seja, tutelar a autodeterminação da pessoa enferma, bastando para isso que a pessoa tenha capacidade, apresente doença grave e irreversível em estado de terminalidade e manifeste vontade de forma livre (consentimento), para então ser encaminhada aos cuidados paliativos. As orientações dessas decisões poderão se tornar referências e precedentes para julgamentos de muitas outras situações concretas para conseguirmos a tão buscada efetividade da autodeterminação da pessoa enferma.

É oportuno lembrar que os cuidados paliativos devem sempre ser implementados como indispensáveis ao cuidado integral da pessoa com doença em estado terminal, de forma a tratá-la de forma global, pois a filosofia paliar vai muito além de tratar a doença: engloba todos os aspectos da pessoa enferma

a fim de proporcionar o seu completo bem estar. E não só: alcança também os parentes e amigos, auxilia na elaboração do luto antecipatório e pós-óbito, um cuidado que transcende a necessidade da pessoa enferma para cuidar inclusive de suas relações afetivas.

Para finalizar, é importante salientar que as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) se constituem importante instrumento para a manifestação de vontade do paciente acerca de como deseja passar seus últimos dias (dentro dos parâmetros legais). O médico poderá cumprir a vontade, independentemente da opinião da família, fato que requer que a pessoa em condições de autodeterminação peça para anexar este documento ao seu prontuário, como medida de segurança, a fim de assegurar o cumprimento.

CAPÍTULO 5
ORTOTANÁSIA NA PERSPECTIVA DA MEDICINA

> A morte moveu-se do âmbito da natureza para o da responsabilidade humana. Quando a medicina não podia fazer quase nada para alterar o curso da natureza biológica, era comparativamente fácil dizer que um paciente morria por causa da doença, e não em razão de alguma falha ou omissão por parte do médico. Quando os médicos não podiam fazer quase nada, dificilmente eram responsabilizados pelo que acontecia com os seus pacientes. As forças inexoráveis da natureza, tais como acidentes, doenças e envelhecimento, entre outras causas, matavam as pessoas (PESSINI, 2007, p. 318).

O Conselho Federal de Medicina consagrou a aprovação deontológica em relação à prática da Ortotanásia, ao aprovar a Resolução nº 1.805/06, que permite aos médicos a interrupção de tratamentos que visam prolongar inutilmente a vida de pessoas em estado terminal, irreversível e sem possibilidade de cura (CABETTE, 2013, p. 13). Dispõe a referida Resolução do CFM (BRASIL. CFM, 2006 – ANEXO 1:

> Art. 1º. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Em análise à referida Resolução do CFM, Cabette (2013) explica que o CFM tem esclarecido que não está apoiando a eutanásia, mas sim a ortotanásia, tratando-se de morte inevitável, sem causá-la por ação ou omissão; além disso, a decisão sobre adotá-la não é do médico, sendo as responsabilidades da decisão compartilhadas entre médico, enfermo e representantes legais. É oportuno lembrar que por meio da referida Resolução o CFM pretendeu promover a efetivação da morte digna e não criar possibilidades para a abreviação ou qualquer outra interpretação em sentido diverso de oferecer condições para que a morte se dê da forma mais confortável possível. Além disso, o Art. 2º (BRASIL. CFM, 2006) é de capital importância, sendo certo que não podemos dissociar a adoção da Ortotanásia dos cuidados paliativos:

> Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Ainda no sentido da proteção da autonomia e da dignidade, a Resolução CFM Nº 1.995 (BRASIL. CFM, 2012), estabelece a necessidade de atendimento às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) da pessoa a respeito de como ela deseja passar seus últimos dias, que procedimentos ela não quer se submeter e que pessoas ela gostaria de ter ao seu lado nos seus momentos finais. A exposição de motivos da referida Resolução, considera importantes alguns aspectos dignos de destaque: a relevância da autonomia do paciente na relação médico-paciente; a possível ocorrência de situações não previstas nos dispositivos de ética; o fato de os novos recursos tecnológicos permitirem medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente com doença terminal, sem benefícios. Esses três aspectos devem patrulhar as condutas durante a implementação dos cuidados

paliativos a fim de que sejam observadas essas questões de tênues fronteiras.

Recente Resolução veio fortalecer a aplicação da Ortotanásia e a adoção dos Cuidados Paliativos, rejeitando frontalmente os tratamentos obstinados em pacientes com doenças irreversíveis e em fase terminal, em franco processo de morte. Em virtude disso, as disposições para admissão e alta de pacientes em UTIs, a Resolução Nº 2.156 (BRASIL. CFM, 2016), tornaram-se critérios objetivos para análise clínica do paciente para determinar se é de fato necessário mantê-lo em UTI. Observemos os critérios legais da Resolução: “Art. 8º Os pacientes classificados como Prioridade 5, conforme descrito no parágrafo 5º do art. 6º, devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados paliativos”. Para esclarecera a posição do CFM, vejamos o que determina o dispositivo em comento:

> § 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista (BRASIL. CFM, 2016).

Precisamos nos conscientizar de que as UTIs não são os melhores espaços para uma pessoa passar seus últimos dias, por esse motivo, as pessoas sem possibilidade de cura devem ser encaminhadas aos Cuidados Paliativos, para serem atendidas de acordo com suas reais necessidades. Pode ser que já não mais seja justificável ou confortável submetê-la ao suporte vital.

5.1 O FENÔMENO DA HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA

Pessini e Barchifontaine (2014, p. 133) dedicam um tópico do livro *Problemas atuais de Bioética* à humanização sob a epígrafe “Uma exigência fundamental: Todo ser humano deve ser tratado humanamente”. Advertem que, embora entre as religiões haja muitas diferenças e que elas não conseguem resolver os problemas sociais, ambientais, políticos e econômicos da terra, elas podem promover

> [...] uma mudança na orientação interna de toda uma mentalidade, do “coração” dos povos e a conversão de um caminho falso para uma nova vida. A humanidade precisa urgentemente de reformas sociais e ecológicas, mas também precisa de uma renovação espiritual (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 133).

Os saudosos bioeticistas mencionados acima ressaltam que homens e mulheres são desrespeitados no mundo inteiro, são roubados em sua liberdade e têm seus direitos humanos pisoteados, “mas a força não faz o direito” (PESSINI;

BARCHIFONTAINE, 2014, p. 134) e que precisam ser tratados humanamente, todos os seres humanos, sem distinção de raça, cor, idade, sexo, capacidade, língua, religião: todos possuem uma dignidade inalienável e intocável. Ninguém está acima do bem e do mal, "todo ser humano é obrigado a se comportar de maneira genuinamente humana, fazer o bem e evitar o mal!" (p. 134). Comentam os autores:

> Há um princípio comum a muitas tradições religiosas e éticas da humanidade: *O que você não quer que lhe façam, não faça aos outros*. Ou em termos positivos: *O que você quer que lhe façam, faça aos outros*! Essa há de ser a norma irrevogável, incondicional para todas as áreas da vida, para famílias e comunidades, para raças, nações e religiões (p. 134).

Trata-se de princípio universal, aplicável a toda sociedade em qualquer tempo. Assim também deve ser a Medicina: buscar proteger a dignidade da pessoa que está sob cuidados médicos. Em sua prática cotidiana, em meados do século XX, a Medicina era marcada por uma característica: o médico era quem sabia o melhor para o paciente, agia conforme sua consciência profissional no sentido de salvar a vida, sem se preocupar com a vontade do paciente, que, longe de ser agente de sua vida, era tratado como um ser sem vontade própria, aquele que devia aceitar resignadamente as imposições médicas, o que não modificou muito através dos anos, mesmo com a normativa do CFM. A Medicina se tornou fria, tratando o paciente mecanicamente, conforme expressa Kübler-Ross:

> Quais os fatores, se é que existem, que contribuem para a crescente ansiedade diante da morte? O que acontece num campo da medicina em evolução em que nos perguntamos se ela continuará sendo uma profissão humanitária e respeitada ou uma nova, mas despersonalizada ciência, cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofrimento humano? [...] O que acontece numa sociedade que valoriza o QI e os padrões de classe mais do que a simples questão do tato, da sensibilidade, da percepção, do bom senso no contato com os que sofrem? (KÜBLER-ROSS, 2012, p. 15).

Kübler-Ross escreveu sobre cuidados aos pacientes e familiares na aproximação da morte, acolhendo o sofrimento, quando o paciente volta a ser centro da ação, resgatando seu processo de morrer. A buscada, mas ainda não efetivada humanização da Medicina, tem sido alvo de estudos que envolvem a Ortotanásia – a morte em paz, serena e sob cuidados.

Pessini (2017, p. 78) explica que o Conselho de Bioética Britânico Nuffield define solidariedade da seguinte forma: "solidariedade são práticas compartilhadas que refletem um compromisso coletivo de assumir os custos, sejam estes, financeiros, sociais, emocionais ou outros, para assistir os outros". Assim, parece-

nos muito claro que a humanização das ciências, das relações e dos serviços de atendimento de saúde depende fundamentalmente de empatia, de solidariedade.

Então, a partir de estudos recentes, realçamos o caráter relacional que opera uma adequação ao conceito da expressão solidariedade, tornando-o completo, pleno e capaz de alcançar seu objetivo de humanização. Trata-se de acepção da solidariedade correspondente às ações, ao movimento das pessoas movidas pela compaixão em direção às outras (que se traduz em cooperação e assistência moral). Nessa perspectiva, a solidariedade deve ser entendida como prática nas relações e não apenas como um sentimento interior, abstrato, mas exige ações. “Essa é a noção da solidariedade na acepção de assistência” (CABRAL, 2022, p. 20).

5.1.1 Releitura do juramento hipocrático

Inicialmente, apresentamos fragmentos do Juramento de Hipócrates, o Pai da Medicina, ainda recitado nas formaturas de algumas faculdades de Medicina, para introduzir as reflexões a ele concernentes:

> Juramento de Hipócrates
>
> [...]
>
> Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.
>
> A ninguém darei por comprazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.
>
> [...]
>
> (BRASIL: CREMESP, 2015).

O juramento de Hipócrates, ainda tem sido interpretado de forma radical e extremista, levando a crer que salvar a vida é um ato que não comporta relativização, tampouco considera a dignidade do enfermo. Isso porque as pessoas negam a morte e não conseguem conceber a finitude da vida humana sem o sentido de aniquilação ou perda (RINPOCHE apud CABETTE, 2013, p. 48). Seguindo essa intelecção, explica Cabette (2013, p. 48):

> Nesse contexto surge a tendência do homem moderno a dar ênfase à capacidade de superação e reconstrução da natureza, inclusive a humana, através da ciência e da tecnologia. Um dos grandes objetivos certamente é a superação da finitude representada pela morte, levando a um apego desmedido à manutenção da vida a qualquer custo, adiando a grande frustração do fim implacável.

Entretanto, o Código de Ética Médica (BRASIL. CFM, 2019) realizou

adequações que atendem à atual perspectiva dos direitos da personalidade, ou seja, valoriza a dignidade da pessoa humana, a vontade do enfermo, prima pela autodeterminação, pelo consentimento e pela sadia relação médico-paciente. Nesse contexto, faz-se necessária a releitura do juramento que os médicos proferem no momento da formatura: é crucial que seja revisitada a filosofia de humanização a fim de atualizar o juramento, de forma a interpretá-lo segundo o fio condutor da dignidade da pessoa humana e do respeito ao enfermo, de forma profunda e não superficial.

Nesse sentido, manifestou-se Edson de Oliveira Andrade, presidente do CFM, quando a Resolução Nº 1.805/06 foi publicada: "a medicina não pode ser algo arrogante que acha que pode superar os limites da natureza" (ANDRADE apud CABETTE, 2013, p. 36). É necessária a releitura desse juramento, à luz da dignidade da pessoa humana, dos princípios da Bioética que norteiam a atuação médica neste novo milênio, consoante ensina Ligiera, que reconhece a importância da autonomia do enfermo:

> Na defesa do princípio da beneficência tem o médico de se precaver contra a obstinação terapêutica, não mobilizando meios tecnologicamente avançados quando é previsível, sob o ponto de vista científico, que não se vão obter os benefícios esperados. Assim, e particularizando nos doentes terminais, as atitudes terapêuticas deverão estar subordinadas à autonomia, à dignificação da morte e ao grau de sofrimento do doente (LIGIERA, 2005, p. 410).

O atuar médico deve estar sujeito à autonomia, à autodeterminação da pessoa enferma, contextualizado às disposições do CEM que se encontram em plena sintonia com a atual perspectiva dos direitos de personalidade – a proteção à dignidade da pessoa humana. Até porque, em sua inspiração, Hipócrates reconheceu a possibilidade de recusa a tratamentos fúteis, como se pode observar em Oliveira e Barbas, ao trazerem a seguinte reflexão:

> Historicamente, Hipócrates concebeu três objetivos para a medicina: aliviar o sofrimento do doente, diminuir a agressividade da doença e recusar fazer o tratamento nos quais a medicina reconhece que não pode mais contribuir. Na Antiguidade, se um médico tentasse prolongar a vida de uma pessoa estaria sendo considerado antiético – pensamento este que chegou até a Idade Média (AMUNDSEN DW apud OLIVEIRA; BARBAS, 2013, p. 330).

A partir dessa premissa, percebemos que, ao idealizar as práticas médicas éticas, Hipócrates expressava uma tônica de cuidado em relação ao paciente, que ia desde o alívio ao sofrimento até a recusa a tratamentos. Importante considerar que ainda não havia a tecnologia de hoje – capaz de prolongar a vida por anos

a fio, sendo o prolongamento, à época, por um tempo quase inexpressivo, se comparado aos dias atuais. E prosseguem os autores:

> Os escritos hipocráticos informam que o médico deve conhecer os limites de sua arte e deve evitar a arrogância. No final do século XVI, Francis Bacon, o pai da ciência moderna, considerou três finalidades para a medicina: preservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida. Insistia que era necessário encontrar meios que tornassem a morte menos desagradável (JECKER apud por OLIVEIRA; BARBAS, 2013, p. 330).

Temos então referenciais já expressos de que o juramento hipocrático, em sua essência, não pretendeu a obstinação terapêutica, ao contrário, desde sua inspiração previa a recusa de tratamentos inúteis, o que está em consonância com a vigente legislação e com o regramento das Resoluções do CFM. Compreendemos assim, que as medidas obsessivas são fruto de equivocada interpretação, que precisa ser revista.

5.1.2 Importância do consentimento para a Medicina do terceiro milênio

O Código de Ética Médica (BRASIL. CFM, 2019) que é a normativa da deontologia da Medicina, contém os valores éticos do exercício da profissão de relevante valor social, expressando sua preocupação com a proteção aos direitos da personalidade, com a vontade da pessoa e principalmente no que tange ao seu consentimento quando necessárias intervenções em sua própria esfera psicofísica, exigindo respeito à livre decisão do *paciente*, agora *agente* consciente de suas escolhas e decisões. O CEM dispõe sobre o respeito à dignidade, à vontade e o consentimento do paciente em vários artigos, fato esse que ratifica a importância dos direitos de personalidade a partir da concepção da pessoa enferma como *agente* ou *sujeito* de suas escolhas, e não mais como paciente ou objeto da medicina.

O artigo 22 do vigente Código de Ética Médica (CEM) preconiza: "É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte". Sobre esse artigo, comentamos em outra obra:

> Observa-se que o art. 22 do Código de Ética supramencionado veda ao médico efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida. Seria despiciendo alargar comentários no sentido de que, em caso de emergência, estará o médico livre para proceder consoante seu prudente arbítrio e a consciência do dever

> profissional, estando desobrigado de consentimento para agir. Não resta dúvida de que, da interpretação dos artigos em comento, deduz-se que o CEM prestigia o princípio da dignidade da pessoa humana e o da boa-fé objetiva, estando em plena sintonia com as exigências impostas pelo ordenamento jurídico no que tange o respeito à pessoa. (CABRAL, 2018, p. 97).

Além desse, o art. 31 prevê uma importante vedação: "Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte". Significa dizer que o médico somente poderá agir sem consentimento se houver risco de morte, do contrário, deverão prevalecer a autonomia e a decisão do paciente.

Ainda o "Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal", constitui-se expressa vedação à eutanásia, razão pela qual a classe médica não a considera uma conduta lícita e ainda demonstra certa cautela em aceitar a Ortotanásia, por receio de ser uma espécie de eutanásia, pois muitos médicos ainda não absorveram a diferença entre ambos os conceitos.

5.2 LEGISLAÇÃO AFETA À DEONTOLOGIA MÉDICA

A normativa reguladora da atividade médica no Brasil está contida nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo uma das mais importantes, a Resolução Nº 2.217, do Conselho Federal de Medicina, o Código de Ética Médica (CEM), que entrou em vigor no dia 30/4/2.019. trata-se do estatuto básico da deontologia médica. O CEM e a Resolução nº 1.805 do CFM, de 09 de novembro de 2006, são os textos normativos em vigor mais avançados em relação à disciplina da Ortotanásia.

5.2.1 Disposições do Código de Ética Médica

O Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 do Conselho Federal de Medicina – Brasília, conforme já mencionado, é o estatuto básico da deontologia médica, que trata inclusive da garantia fundamental da vedação a tratamento desumano ou degradante (artigo 5º, III, CF) e traz, desde o seu antecessor (a Resolução CFM Nº 1.931 de 2009), segundo Pessini e Barchifontaine (2014, p. 452), como uma das grandes novidades, a aprovação da Ortotanásia, indicando, dentre os princípios fundamentais, os incisos VI e XXII como importantes sobre o tema. Eis a redação:

> VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade.
>
> [...]
>
> XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (BRASIL. CEM,2019).

Ambos dizem respeito à prevenção de sofrimento, proteção do doente e preservação de sua dignidade. Foi um passo inovador do CFM, que significou uma preocupação específica em relação às inovações científicas, pois procurou resguardar valores éticos de fina percepção. Esses dispositivos promoveram uma enorme atualização da realidade fática da ortotanásia, ao preverem os cuidados paliativos como "apropriados" e a não submissão a tratamentos fúteis ao afastar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos dos casos de doenças terminais.

E ainda quanto ao consentimento da pessoa para a prática da Ortotanásia, encontram-se os seguintes artigos:

> É vedado ao médico:
>
> Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
>
> Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.
>
> **Parágrafo único.** O médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade.
>
> Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.
>
> Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.
>
> [...]
>
> **Art. 28.** Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente. (BRASIL. CEM, 2019).

Importante observar ainda as vedações contidas no art. 88:

> Art. 88. Negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações

> necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.
>
> Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda exceto para atender a ordem judicial ou para sua própria defesa, assim como quando autorizado por escrito pelo paciente (BRASIL. CEM, 2019).

Todas essas disposições atestam a proteção à vontade e aos demais direitos de personalidade do paciente. Por esse motivo, podemos afirmar que o CEM está em consonância com a humanização das ciências, com a ordem constitucional firmada sobre o valor maior deste estado de direito, que é a dignidade da pessoa humana e demais princípios estabelecidos pela nossa Constituição Cidadã.

5.2.2 Ortotanásia à luz da Resolução Nº 1.805 de 2006 do CFM

Visando pautar as condutas médicas em normativa ética e legítima e ainda com a finalidade de balizar as decisões a serem tomadas quanto às doenças crônicas incuráveis, o Conselho Federal de Medicina deu origem à Resolução 1.805 de 2006. Silva et al. (2014) reafirmam que a referida Resolução autoriza os médicos a limitarem ou suspenderem procedimentos e tratamentos que a prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável, desde que respeitada a vontade da pessoa enferma ou de seu representante legal. Eles salientam que a Resolução deve apresentar repercussões nas práticas profissionais em relação aos doentes terminais.

Visando atender ao clamor da sociedade por uma morte digna e humanizada, a partir de 2006, então, a Ortotanásia passou a ser autorizada pelo CFM, pois a Resolução Nº 1.805 torna lícita a prática médica prevista logo no artigo 1º. Foi um longo caminho para chegar a produzir os efeitos almejados pelos pacientes e pela classe médica, mas a compreensão da morte como uma fase da vida humana (a última delas) levou à concepção de que era necessário promover condições para que a finitude se desse de forma menos dolorosa e mais confortável possível, por meio de condutas capazes de tornar a finitude mais amena por meio da morte digna.

Sanchez y Sanches; Seidl (2013) explicam de forma breve a tramitação da Resolução 1.805 rumo à aprovação: teve efeitos suspensos temporariamente por ação do Ministério Público, ao entender que o CFM estava disciplinando matéria Penal, o que não é de sua competência para legislar. O MP alegou que suspensão ou limitação de tratamento seria um abreviamento da vida, fato que corresponderia à eutanásia passiva. Porém, em 2010, o impedimento por ele apontado foi julgado

improcedente pela 14ª Vara Federal, ao argumentar que o CFM tem competência para normatizar essa matéria, que versa sobre ética médica e consequências disciplinares, não sobre direito penal. Além disso, tramita no Congresso Nacional o projeto de lei sob o número 6715/09, que pretende retirar do Código Penal a proibição quanto à limitação de tratamento para pacientes com doenças incuráveis e sem possibilidades de cura.

Vane; Posso (2011) expõem que estudos têm sido realizados com médicos a fim de verificar os efeitos da Resolução 1.805/06. Em artigo que entrevistou cem médicos que trabalhavam em Unidades de Terapia Intensiva, em São Paulo, constatou-se que 49% deles desconheciam a Resolução. Houve consenso entre os entrevistados em relação à obrigação de o médico esclarecer ao paciente ou seu representante legal sobre as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação; e ainda que o paciente deve receber os cuidados necessários ao alívio dos sintomas que levam ao sofrimento, sendo-lhe assegurado o conforto físico e a assistência integral, inclusive o direito à alta hospitalar, para morrer no seio da família. Dessa forma, constatou-se que a classe médica possui pouco conhecimento a respeito da aplicação da Ortotanásia.

Pesquisa realizada na Região Noroeste Fluminense em 13 municípios que formam a região, no ano de 2014, que entrevistou cem profissionais (50 médicos e 50 operadores do direito) concluiu por quase total desconhecimento da expressão e do conceito de Ortotanásia, sendo que a classe médica detém conhecimento teórico, mas sem identificar a nomenclatura; e os profissionais do direito conhecem melhor as questões referentes à responsabilidade civil do que as referentes ao próprio procedimento e contornos da expressão Ortotanásia:

> Pode-se observar que a classe médica, na maioria dos municípios, teve uma resposta favorável, apresentando conhecimento teórico sobre o tema, por se tratar de uma situação frequente do cotidiano médico. Já a classe dos operadores do direito, analisou a temática sob outra ótica, sendo o referido assunto abordado com mais frequência nas hipóteses de ameaça e/ou violação ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, necessitando, por conseguinte, de ajuizamento de ações para garantir tais direitos. No que tange a classe popular verificou-se que muitos desconhecem a Ortotanásia, bem como confundem a mesma com a Eutanásia e a Distanásia, não sabendo diferenciá-las e nem o seu real significado perante a sociedade pós-moderna (CHAVES FILHO, 2015, p. 252).

Cabette (2013) ressalta que a referida Resolução, por si só, não pode solucionar a questão da aplicação da Ortotanásia no Brasil, mas deve ser considerada sua utilidade para os debates que se ampliam, atentando-se para a

humanização da medicina quanto ao reconhecimento de seus limites e à prioridade ao ser humano e não às técnicas e tratamentos e ainda que o CFM esclarece não convalidando a prática da eutanásia, mas da Ortotanásia, sem causar a morte por ação ou omissão.

É necessário salientar que a Resolução em comento não se restringiu a admitir a limitação terapêutica, mas teve o cuidado de estabelecer no art. 2º a adoção de cuidados capazes de diminuir a dor e evitar o sofrimento, buscando o bem estar do enfermo terminal. E o fez em defesa da dignidade da pessoa humana, da proteção do enfermo em estado terminal e da busca pelo seu bem estar. É o que inferimos da exposição de motivos no preâmbulo da Resolução 1.805/06, sempre considerando aspectos relevantes e invocando atendimento a esses valores tão importantes para a atual perspectiva da relação médico-paciente no contexto da Ortotanásia.

5.2.3 Lei Estadual Nº 10.241 de 1999 do Estado de São Paulo

Embora não utilize em seu texto a expressão Ortotanásia, a Lei Estadual Nº 10.241/99 de São Paulo (SÃO PAULO, 1999), promulgada quase sete anos antes da Resolução 1.805/06 do CFM, traz a noção dos procedimentos ortotanásicos, regulando os direitos dos usuários do sistema de saúde e permitindo aos doentes recusarem "tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida". O Governador Mário Covas sancionou a lei "como político e como paciente", já com diagnóstico de câncer, e dela se utilizou visando afastar o "prolongamento artificial da vida" (AGUIAR apud CABETTE, 2013, p. 36).

A Lei "dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde e dá outras providências" e ainda garante ao usuário ou representante legal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários que objetivam prolongar a vida. Possui dois artigos e 24 incisos, de cunho humanista. Visa colocar o paciente no centro dos cuidados de saúde, evitando a desumanização das instituições de saúde que tratam o doente como objeto passivo de cuidados. O inciso XXIII diz respeito ao paciente terminal, fora de possibilidades terapêuticas; o XXIV, à escolha do local onde deseja morrer. A lei impõe respeito à autodeterminação e à autonomia da pessoa, não cabendo práticas paternalistas concernentes ao princípio da beneficência, nem no momento da morte (PESSINI, 2007, p. 193-194).

5.2.4 Adoção de cuidados paliativos e o Projeto de Lei Nº 524/2009

A expressão *paliativo* se originou do vocábulo *pallium*, palavra latina que significa capa (ou manto) e que representa uma metáfora para designar os cuidados paliativos: um manto protetor e acolhedor, que ocultaria o que está subjacente; no caso, os sintomas que emergem da progressão da doença (MELLO, 2009). A adoção de cuidados paliativos se originou da criação e implementação dos *hospices*. Explica Léo Pessini (2007) que a medicina paliativa se desenvolveu em grande parte como resultado da visão e inspiração de Cicely Saunders, Hospice Londres, 1967; a palavra hospício foi utilizada por longos anos para indicar lugar de repouso para viajantes, e sobreviveu associada a hospitais e asilos. Para Saunders, essa expressão significaria uma forma de cuidado que agrega a hospitalidade e calor de uma pousada às habilidades de um estabelecimento hospitalar. A medicina paliativa se desenvolve como reação à medicina tecnificada da atualidade, segundo lição de Pessini (2007, p. 211). Ampliando as informações sobre o tema, esclarece Andréa Von-Held que**,** a partir dos *hospices*, iniciou-se

> [...] um novo conceito de cuidar, e não só curar, focado no paciente até o final de sua vida. Diante desse momento, um novo campo foi criado, o da medicina paliativa, incorporando a essa filosofia equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio de sintomas. Utilizando-se de uma abordagem multidisciplinar, compreende o paciente, a família e a comunidade. Muitos aspectos desses cuidados são aplicáveis durante todo o curso da doença, visando reduzir o sofrimento, oferecendo cuidado em todos os aspectos, como também aliviar as expectativas e necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, integrando os valores culturais, religiosos, crenças e práticas. (VON-HELD, 2015, p. 160).

A medicina paliativa – embora descrita como “de baixa tecnologia e de alto contato humano” – não se opõe à tecnologia médica, mas busca no amor e não na ciência a força para sustentar o cuidado do paciente (TWYCROSS apud PESSINI, 2007, p. 211). Nesse sentido, o Projeto de Lei nº 524, de 2009, de iniciativa e autoria do Senador Gerson Camata, versa sobre os direitos das pessoas em fase terminal de doença, principalmente no que tange os procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento. Alerta no art. 2º para o fato de que o paciente naquele estado tem direito aos cuidados paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à sua situação. No mesmo sentido, o artigo 4º determina que os profissionais responsáveis pelo cuidado às pessoas com doença em fase terminal devem procurar o alívio da dor e do sofrimento, sem comprometimento da lucidez ou da capacidade de percepção, com objetivo de conservar os laços afetivos e a interação, evitando-se a morte social.

O art. 5ª do Projeto de Lei assegura ao paciente com doença terminal o direito de receber toda a informação sobre possibilidades terapêuticas, paliativas do sofrimento, adequadas e proporcionais à sua situação. O §1º garante que, caso o paciente esteja incapaz de avaliar e compreender as mencionadas informações, elas deverão ser fornecidas aos familiares ou ao representante legal, podendo solicitar uma segunda opinião médica. O art. 5º permite ainda ao médico assistente limitar ou suspender os tratamentos extraordinários ou desproporcionais destinados à manutenção artificial da vida, garantida a possibilidade de obter um segundo posicionamento médico a respeito do caso. Entretanto, o art. 6º preconiza que, se o paciente lúcido tiver manifestado expressamente pela continuidade dos procedimentos e tratamentos, deverá o médico respeitar essa decisão. Isso porque a grande questão da aplicação da Ortotanásia, concernente à Medicina e ao Direito, reside no aspecto do consentimento do paciente, mediante explicação mais clara e completa, fornecida pelo profissional da saúde à pessoa – que é alçada da qualidade de paciente a agente de suas decisões – e, em pleno gozo da capacidade, decide a que tratamento prefere se submeter (ou não), restringindo-se à decisão da família somente os casos em que o próprio doente apresente ausência ou redução de discernimento. Em consonância com essa perspectiva do Direito, a Medicina inaugura uma era permeada pela humanização, que passa a valorizar mais a pessoa e os direitos inerentes à personalidade como o direito à informação, ao consentimento e à autodeterminação – o exercício de escolhas livres e conscientes.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em livro intitulado “Cuidados Paliativos” (2008), sustentou que a técnica do cuidado paliativo, em crescente importância no Brasil, traz em seu contexto dois pilares: olhar para o enfermo como um todo, e não como o objeto a ser estudado, ou um ser segmentado; e reconhecer a importância de um trabalho harmonioso em grupo com outros profissionais da área de saúde. Parte ainda da premissa de que em qualquer estágio de saúde em que se encontrar o paciente há o que ser feito para ampará-lo e manter sua vida digna. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002),

> Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS apud CUIDADO PALIATIVO, CREMESP, 2008).

É importante destacar que, segundo entendimento do CREMESP,

só podemos nos referir a cuidados paliativos se implementados por equipe multiprofissional em trabalho harmônico e direcionado. O foco da intervenção não é a doença a ser enfrentada, é, todavia, o doente, entendido com um ser único, ativo, com direito à informação e à autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento. A prática correta dos Cuidados Paliativos prioriza a atenção individualizada ao doente e à sua família e busca êxito no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento. Nesse ponto, destaca-se a sintonia entre a Ortotanásia e os cuidados paliativos, visando que a morte se dê de forma natural, no tempo certo, amparada e com o mínimo de dor e sofrimento. Por fim, ressaltamos os princípios norteadores dos cuidados paliativos, enunciados pela Organização Mundial de Saúde, em 2002:

> a) promove o alívio da dor e de outros sintomas estressantes;
>
> b) reafirma a vida e vê a morte como um processo natural;
>
> c) não pretende antecipar e nem postergar a morte;
>
> d) integra aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
>
> e) oferece um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até sua morte;
>
> f) oferece um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;
>
> g) deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

O Projeto de Lei nº 524/2009, do Senado Federal delineia os contornos dos procedimentos paliativos, cuidados básicos, tratamentos desproporcionais e extraordinários nos incisos II a VI do artigo 3º:

> II – procedimentos paliativos e mitigadores do sofrimento: procedimentos que promovam a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante prevenção e tratamento para o alívio de dor e de sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual;
>
> III – cuidados básicos, normais e ordinários: procedimentos necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade da pessoa, entre os quais se inserem a ventilação não invasiva, a alimentação, a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes, os cuidados higiênicos, o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento.
>
> IV – procedimentos proporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que respeitem a proporcionalidade entre o investimento de recursos materiais,

instrumentais e humanos e os resultados previsíveis e que resultem em melhor qualidade de vida do paciente e cujas técnicas não imponham sofrimentos em desproporção com os benefícios que delas decorram;

V – procedimentos desproporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que não preencham, em cada caso concreto, os critérios de proporcionalidade a que se refere o inciso IV;

VI – procedimentos extraordinários: procedimentos terapêuticos, ainda que em fase experimental, cuja aplicação comporte riscos (BRASIL. PLS Nº 524/2009).

Pessini e Bertachini (2011) destacam que a dor e o sofrimento são desafios sempre presentes, cabendo, por uma necessidade ética, terapêuticas tais como: disponibilizar meios de alívio e controle de sintomas angustiantes; reconhecer o cuidado do paciente e o alívio do sofrimento não se constituem questões meramente médicas; perceber o cuidado como bem-estar físico, mental e espiritual – todas as profissões têm algo a contribuir para a abordagem efetiva ao enfermo e sua família.

Tendo em vista os parâmetros de cuidados paliativos e de tratamento proporcional, cabe à equipe médica diagnosticar as condições de sobrevida, optar pelos tratamentos que minorem o sofrimento e promovam a dignidade humana, sem deixar de suprir o paciente, a sua família e amigos de todas as informações e ferramentas para que ele continue decidindo os rumos de sua própria vida.

CAPÍTULO 6

ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS

> Nasce uma sabedoria a partir da reflexão, aceitação e assimilação do cuidado da vida humana no sofrimento do adeus final. Entre dois limites opostos, de um lado a convicção profunda de não matar, de outro a visão para não protelar ou adiar pura e simplesmente a morte. Entre o não matar e o não judiar terapeuticamente, está o amarás (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 455).

A aplicação da conduta médica prevista na Resolução Nº 1.805/06, que autoriza a Ortotanásia, deve atender ao paradigma curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre. Aplicar a Ortotanásia implica obrigatória observância dos requisitos implícitos na Resolução, quais sejam: constatação do estado de terminalidade da doença; consentimento do enfermo (subsidiária e excepcionalmente autorização do representante legal ou da família); e adoção de cuidados paliativos. É o que se aborda no presente capítulo, além da efetividade da autodetrminação da pessoa enferma, isto é, as providências aptas a resguardarem o cumprimento de sua vontade em relação à aplicação da Ortotanásia.

6.1 REQUISITOS MÉDICOS PARA A APLICAÇÃO ÉTICA DA ORTOTANÁSIA NO BRASIL

A aplicação da Ortotanásia está em consonância com o direito no âmbito deste estado democrático tanto no que concerne à doutrina, como no que diz respeito aos princípios constitucionais, em especial, a dignidade da pessoa humana, a liberdade, o direito à autodeterminação e ao não sofrimento. Também satisfaz os anseios da classe médica quanto às normas deontológicas, tendo em vista expressa autorização do CFM, por meio de Resolução própria, disciplinando a conduta no âmbito médico. Apontam-se os requisitos do estado de terminalidade da doença, consentimento e cuidados paliativos para a aplicação ética do procedimento ortotanásico. Temos então, três requisitos básicos a serem seguidos que asseguram a aplicação do procedimento da Ortotanásia, de forma segura, ética e lícita:

- Constatação do estado de terminalidade da doença;
- Consentimento da pessoa enferma;
- Adoção de cuidados paliativos.

6.1.1 Constatação de doença em fase de terminalidade

Antes de adentrarmos ao tema da terminalidade, vale esclarecer que, embora a expressão *doente terminal* esteja consagrada na literatura pertinente, alguns autores como Preliliana Barreto Moraes apud Marreiro (2014) contestam a literalidade desse teor, ao argumento de que a terminalidade refere-se à doença, não ao enfermo, a fim de se evitar descaso em relação à pessoa do paciente, passando a impressão de restar nada a fazer em seu benefício. Por esse motivo,

adotaremos a expressão *doença terminal*, e não enfermo ou doente terminal.

Há certos tratamentos para doenças graves que podem manter o paciente vivo por muitos anos, mas que, em algum momento da evolução da doença, podem deixar de ser efetivos, transformando o paciente grave em paciente terminal. Explica Takito et al. (2004) que doença grave e doença terminal não se confundem, uma vez que doenças graves podem ser reversíveis mediante utilização de recursos terapêuticos apropriados. Estabelecemos essa diferença, pois doença grave não significa doença terminal; no caso desta, o organismo do paciente já não responde aos medicamentos, as funções vitais caminham para o momento de paralisação (a denominada falência múltipla de órgãos); enquanto naquela existe uma doença que está sob controle de medicamentos e procedimentos adequados.

O avanço tecnocientífico deste novo milênio a serviço da saúde, conforme já comentamos, ampliou o tempo de duração da vida humana, mas trouxe a reboque o processo de medicalização da morte, acarretando aumento quantitativo de vida, entretanto, preocupante do ponto de vista qualitativo, no caminho inverso ao que temos buscado, que é a qualidade de vida do doente. Não se pode dizer que uma doença esteja em fase terminal sem cauteloso exame, sendo necessário observar os critérios definidores do estado de terminalidade de uma doença. Braga (2008, p. 159) enumera as principais características para a identificação do estado terminal:

> a) presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável;
>
> b) falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico;
>
> c) grande impacto emocional relacionado à presença ou possibilidade incontestável da morte;
>
> d) prognóstico de vida reduzido em dias e no máximo alguns meses.

Importante observar que, no estado terminal, a doença incurável progride; além disso, a resposta aos tratamentos não é razoável e há instabilidade emocional pela aproximação da morte (que pode ser inclusive medo), restando ao paciente alguns dias ou meses de vida. A angústia dos últimos dias é comentada por Léo Pessini, que indica algumas atitudes convenientes para serem implementadas no sentido de aprender a lidar com a angústia, salvaguardando a consciência e promoção de bem-estar do paciente por meio da assistência:

> A angústia terminal não é causada por mau funcionamento orgânico ou dano, mas pela própria percepção e compreensão da situação. Por exemplo, existem pacientes que podem pensar que sua condição é inaceitável ou indigna por causa da dependência e da falta de controle físico, ou sem esperança por causa da memória dolorosa de

> experiências conflitivas de relacionamento com os outros, memórias que agora incomodam. O desafio é lidar com esta angústia mental, não pelo caminho da supressão da consciência mediante sedação, mas por meio de aconselhamento e assistência espiritual (PESSINI, 2007, p. 210).

Não é fácil tarefa caracterizar o estado terminal da enfermidade, pois é necessário que sejam consideradas, além do estágio de desenvolvimento das questões clínicas e objetivas referentes à doença, a externalidade psicoespiritual do enfermo em face do processo de morte (MARREIRO, 2014). Assim, é importante a equipe que assiste atentar para a pessoa, seus sentimentos, suas expectativas, estado depressivo para auxiliá-la a sentir-se em paz e com o mínimo de mal-estar possível.

6.1.2 Consentimento da pessoa enferma

Para a prática da Ortotanásia, é indispensável a conjugação de três requisitos como a constatação do estado de terminalidade, o consentimento do enfermo e a adoção de cuidados paliativos. A atual perspectiva do Direito e da Medicina faz ruir a clássica interpretação do juramento hipocrático que mantinha o médico refém da obrigação de "salvar a vida" em qualquer circunstância. Agora, várias disposições legais enunciam a liberdade de a pessoa somente se submeter a certos tratamentos se optar por eles, devendo o médico, pelas razões insculpidas no Código de Ética Médica, respeitar a vontade e a decisão da pessoa. No mesmo sentido, o Código Civil Brasileiro (CCB) no art. 15 prevê a inexigibilidade de alguém ser submetido a tratamento ou cirurgia com risco de vida. Há que se considerar, nesse contexto, o cumprimento do dever de informação pelo médico, que nada mais é do que o consentimento informado (uma questão de Biodireito). Explicam Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald (2023) que o médico deve atuar de forma compartilhada com o paciente, direcionando sem coagir e sem ignorar a vontade, pelo consentimento informado, que traz consigo a obrigação de advertir, de forma expressa sobre os efeitos conhecidos do procedimento a ser adotado, permitindo-lhe exercer autonomia, pois o médico é sujeito e não objeto do tratamento médico.

No mesmo sentido, esclarecemos, em outra obra específica acerca do consentimento informado:

> O Consentimento Informado, então, reveste-se de capital importância, já que se torna o canal em que se estabelece um diálogo, através do qual, o médico cientifica a pessoa sobre detalhes do tratamento a ser realizado, vantagens, possíveis desvantagens, eventuais

> consequências e, principalmente, os riscos aos quais irá se submeter (CABRAL, 2018, p. 35).

Esse diálogo é exatamente o ponto de convergência entre a Bioética, a Ética, a Medicina e o Direito: a Medicina no que diz respeito aos procedimentos a serem adotados e suas consequências (uma passagem da teoria à prática que aproxima médico e paciente); o Biodireito ou Bioética Jurídica (direito do paciente) no que tange ao cumprimento do dever de informação; a Bioética e a Ética quanto às condutas morais que devem ser praticadas em relação ao enfermo, respeitando-o como pessoa. Para qualquer atuação na esfera psicofísica da pessoa enferma, é indispensável o seu consentimento ou a autorização da família. Por isso se diz que os direitos de personalidade ou existenciais (aqueles decorrentes da dignidade da pessoa humana) são fundamentais a partir da consagração da dignidade da pessoa humana como axioma, o valor fundamental do ordenamento jurídico (CABRAL, 2018).

É importante frisar que o consentimento deve advir diretamente do enfermo, pois é ele o sujeito de direitos, o titular da vida, que deve autorizar qualquer intervenção ou procedimento no seu próprio corpo, em respeito à sua qualidade de pessoa, à sua dignidade e ao direito de autodeterminar-se; e, somente subsidiariamente, conforme se mencionou, como por exemplo na hipótese de incapacidade do enfermo, deverá ser solicitada a autorização à sua família ou ao seu representante legal.

6.1.3 Adoção de cuidados paliativos

A distinção que pretendo fazer aqui, deve ficar muito clara para que a compreensão a respeito das fases pelas quais passa a pessoa enferma: enquanto a medicina curativa é utilizada no sentido de obtenção da cura do paciente, a medicina paliativa é implementada no momento em que não há mais possibilidade de cura, sendo o seu objetivo controlar a dor e produzir alívio dos sintomas ao paciente, proporcionando-lhe qualidade de vida e bem-estar psicoemocional para atravessar os derradeiros dias de existência. A atuação da medicina paliativa é trazer conforto físico e consolo emocional e espiritual ao enfermo no seu último estágio de vida. É muito importante que estabeleçamos esta distinção para compreender que os momentos finais não visam curar, mas proteger, oferecer afeto e segurança para que a pessoa se sinta segura para morrer da forma como escolher.

O Projeto de Lei nº 524/2009 do Senado Federal define procedimentos

paliativos como cuidados básicos e explica o que seriam tratamentos desproporcionais e extraordinários, nos incisos II a VI do seu artigo 3º. Os cuidados paliativos seriam tratamento proporcional ao estado terminal, cabendo à equipe médica diagnosticar as condições de sobrevida, optar pelos tratamentos que minorem o sofrimento e promovam a dignidade humana, sem deixar de suprir o paciente e a sua família de todas as informações e ferramentas para que o enfermo continue decidindo os rumos de sua própria vida.

Há, na medicina paliativa, segundo Léo Pessini (2007), cinco princípios importantes relativos à atenção do doente terminal:

- veracidade (fundamento do princípio da confiança, consistente em comunicar a verdade à pessoa enferma e seus familiares);
- proporcionalidade terapêutica (empregar todas as medidas terapêuticas que sejam proporcionais aos resultados);
- duplo efeito (refere-se aos efeitos positivos e negativos consequentes de um mesmo procedimento);
- prevenção (previsão de possíveis complicações e/ou sintomas e prevenção e aconselhamento capazes de evitar sofrimentos desnecessários);
- não abandono (permanência junto ao paciente, estabelecendo comunicação empática a fim de auxiliar o paciente em suas decisões).

Bertachini e Pessini (2011) afirmam que o controle da dor e dos sintomas continuam sendo o objetivo fundamental para os paliativistas e que, embora o objetivo da medicina se resuma em prolongar, proteger e preservar a vida humana, esses objetivos se tornam compatíveis com a medicina paliativa da atualidade, pois estudos demonstram que pacientes cuidados em *hospices* apresentam sobrevida final maior do que aqueles cuidados por outras formas. Os autores reforçam a convicção de que os cuidados paliativos devem ampliar o foco para além do controle da dor e dos sintomas físicos, incluindo abordagem psiquiátrica, psicológica, existencial e espiritual nos cuidados ao final da vida, promovendo aceitação, serenidade e paz em relação à própria morte.

Alguns princípios norteadores do cuidado paliativo são enunciados pela Organização Mundial de Saúde em 2002 e enumerados por Pessini; Bertachini (2005): alívio de dor e estresse; vida como processo natural; não antecipação nem postergação da morte; suporte e auxílio ao paciente e à família até a morte; início ao tratamento o mais rápido possível.

Melo e Caponero (2011) explicam que os cuidados paliativos afirmam a vida e enfrentam a morte como processo natural, não antecipam nem postergam

a morte, provendo alívio da dor e outros sintomas; através da integração de cuidados, oferecem apoio para uma vida mais ativa possível, além do auxílio à família e cuidadores durante o luto. Eles salientam ainda que recentes estudos indicam que, para os pacientes, qualidade de vida é o adequado controle da dor, manejo de sintomas, evitando a postergação da morte, aliviando o sofrimento e reforçando os vínculos com seus entes queridos.

Leo Pessini e Christian Barchifontaine (2014) explicam que o paradigma de curar se tornou refém do domínio tecnológico; já o paradigma do cuidado aceita "o declínio e a morte como parte da condição do ser humano, uma vez que todos sofremos de uma condição que não pode ser 'curada', isto é, somos criaturas mortais". Essa é a perspectiva dos denominados cuidados paliativos: entendendo que a finitude se aproxima, importa evitar a dor e promover bem estar, promovendo morte serena.

A adoção de cuidados paliativos promove o atendimento da pessoa enferma de forma global, valorizando sua existência, seus valores, buscando minorar suas dores e oferecendo-lhe conforto físico, apoio psicoemocional e consolo espiritual. Por esse motivo, é necessário reconhecer a necessidade de concebermos a pessoa enferma de forma global, com atenção integral. Considerando seus diferentes aspectos, devemos promover bem estar físico, mental, social e espiritual, mesmo quando não apresente nenhuma possibilidade de cura, já que estamos concebendo um novo conceito de saúde integral. A Bioética Global, nesse caso, inspira a adoção do amor, da solidariedade, da precaução e do cuidado, conforme enfatizamos anteriormente.

6.2 EFETIVIDADE DA VONTADE DO TITULAR DO BEM JURÍDICO "VIDA"

Antes de tratarmos das questões afetas ao titular da vida, como precioso bem jurídico, impende responder à questão: o que é efetividade? Explica Luís Roberto Barroso (2009, p. 82):

> A efetividade significa, portanto, a realização do Direito, o desempenho concreto de sua função social. Ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o *dever-ser* normativo e *o ser* da realidade social.

A partir dessas palavras, podemos explicar a efetividade como processo pelo qual a norma transcende as páginas dos códigos e se materializa na vida do cidadão, cumprindo o papel para o qual foi inspirada. Então, no caso específico

da Ortotanásia, a efetividade consiste em fazer cumprir a vontade da pessoa, em relação ao seu direito à autodeterminação, tornando-se, pois, a concretização de um direito fundamental. Vale salientar a importância das garantias para a efetividade dos direitos constitucionais:

> Para que as diversas situações jurídicas subjetivas criadas pela Constituição possam efetivamente realizar-se, é preciso que sejam dotadas de garantias políticas, sociais e jurídicas. Vale dizer: são imprescindíveis instituições, atitudes e procedimentos aptos a fazer atuar, concretamente, o comando abstrato da norma (BARROSO, 2009, p. 87).

Ou seja, quando a norma disciplina certa matéria, dita comandos em abstrato para situações concretas de vida que surgirão. Então, para que a lei se concretize, é necessário, além das providências legislativas que trazem a disciplina ao mundo jurídico, atitudes ante a ocorrência dos casos concretos, para que na vida das pessoas as normas sejam executadas, materializadas, passando os seus efeitos a serem reais na vida das pessoas. Ou seja, se a pessoa quer se valer da Ortotanásia, além da norma lhe permitir essa faculdade, é necessário que a família ou as pessoas que a cercam, tomem certas decisões no sentido de implementar essa vontade. Somente dessa forma, a vontade de fato se concretizará, no sentido de que a pessoa venha a morrer da forma como escolheu, imprimindo efetividade à normativa referente à Ortotanásia.

Vale esclarecer que, embora o prontuário médico e a declaração de vontade manifestada perante família e amigos sejam entendidas como diretivas antecipadas de vontade serão abordadas de forma breve, em tópicos distintos.

6.2.1 Registros no prontuário médico

O prontuário médico é o documento no qual são lançadas pelo médico ou equipe médica que assiste um paciente todas as informações referentes a consultas, resultados de exames, internações, procedimentos clínicos e cirúrgicos a que fora submetido o paciente, além dos medicamentos prescritos. Recomenda o CEM a necessidade de o prontuário conter anotações fidedignas, registradas de forma legível e compatíveis com a realidade dos fatos e procedimentos adotados. É vedado ao médico:

> Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.
>
> § 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

> § 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.
>
> § 3º Cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal (BRASIL. CEM, 2019).

Segundo a Resolução Nº 1.995/12 do CFM (BRASIL. CFM, 2012), art. 2º § 4º, "O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente", que é a normativa do CFM sobre a adoção das Diretivas Antecipadas de Vontade (D.A.V.), que consiste em um documento no qual o paciente manifesta sua vontade sobre os tratamentos médicos e/ou procedimento aos quais ele deseja ou não se submeter.

O prontuário é um documento em que o médico deve arquivar (ou escanear) a declaração de vontade do paciente sobre os procedimentos aos quais deseja ou não se submeter. Em caso de prontuário virtual, o documento pode ser anexado em versão digitalizada; se físico, poderá anexar inclusive uma declaração de vontade escrita, pormenorizada, que é mais segura do ponto de vista probatório; entretanto, nada impede que o paciente faça a manifestação de forma oral e o médico a reduza a termo no prontuário. Destacamos na obra sobre consentimento informado que o prontuário pode se tornar excelente meio de prova, se em alguma demanda for requisitado pelo juiz, quando então o médico deve informar os dados solicitados e as cópias capazes de afastar as dúvidas quanto a eventuais acusações (CABRAL, 2018).

Nesse sentido, dispõe o art. 89 do CEM (BRASIL, 2019), impõe ao médico a vedação de liberar cópias do prontuário, a não ser mediante autorização escrita do paciente ou por ordem judicial ou para sua própria defesa. Salientamos que o médico, ao registrar a vontade do paciente em optar pelo procedimento ortotanásico ou qualquer outro, garante sua própria defesa não somente em face de familiares, mas em juízo, caso seja acionado por esse motivo.

6.2.2 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e o Testamento Vital

Em recente artigo publicado no Anuario de Bioética Jurídica, do Instituto Internacional de Direitos Humanos (IIDH), explicamos as diferenças existentes entre DAV e Testamento Vital. "O testamento vital é um ato de vontade celebrado por pessoa capaz, visando garantir o cumprimento de sua vontade nele manifestada quando já não for mais agente capaz para manifestá-la de forma livre em razão de doença terminal ou mesmo transitória". As DAV se constituem gênero do qual

o Testamento Vital é espécie. Assim, a vontade manifestada no Testamento Vital, deve ser respeitada e efetivada em relação a todos os pacientes que registrarem essas disposições, independente da modalidade de atendimento no hospital (particular, plano de saúde ou usuário do SUS) a fim de que todos alcancem a efetivação de seus direitos à dignidade da pessoa humana, à autodeterminação e à morte digna (CABRAL, ROBLES-LESSA, ARQUETTE, 2021).

O testamento vital – consubstancia-se em um documento em que a pessoa, em estado de consciência, declara os tratamentos a que deseja ou não se submeter, com produção de efeitos futuros, quando já não for capaz de manifestar sua vontade nem exercer escolhas livres e conscientes. O ordenamento jurídico dispõe de princípios implícitos; entretanto, somente com o Enunciado Nº 403 do Conselho de Justiça Federal, aprovado na V Jornada de Direito Civil, realizada nos dias 8 a 10 de dezembro de 2011, ficaram regulamentadas as disposições do art. 15 do CCB. Eis o teor do Enunciado:

> 403 – Art. 15: O Direito à inviolabilidade de consciência e de crença, previsto no art. 5º, VI, da Constituição Federal, aplica-se também à pessoa que se nega a tratamento médico, inclusive transfusão de sangue, com ou sem risco de morte, em razão do tratamento ou da falta dele, desde que observados os seguintes critérios: a) capacidade civil plena, excluído o suprimento pelo representante ou assistente; b) manifestação de vontade livre, consciente e informada; e c) oposição que diga respeito exclusivamente à própria pessoa do declarante (AGUIAR, 2012, p. 61).

A mesma jornada de Direito Civil que permitiu ao paciente a recusa de tratamento médico consagrou a validade do testamento vital no Enunciado Nº 528 (ou diretivas antecipadas de vontade), que até então não possuía regulamentação legal:

> 528 – Arts. 1.729, parágrafo único, e 1.857: É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado "testamento vital", em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade (AGUIAR, 2012, p. 73).

O passo determinante para a validação e consequente adoção das DAV pela classe médica foi a regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução Nº 1.995/12, publicada no Diário Oficial em 31 de agosto de 2012 com o seguinte teor:

> CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012, RESOLVE:
>
> Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de

> desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.
>
> Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade (BRASIL. CFM, 2012).

A partir da referida Resolução do CFM, os médicos gozam da prerrogativa de não mais submeter o paciente à obstinação terapêutica, pois o CFM, em consonância com a atual perspectiva dos direitos existenciais, trouxe à existência a mencionada Resolução, que disciplina a atuação ética médica em face da autodeterminação da pessoa que deseja refutar tratamentos aos quais não queira se submeter e ainda prevê a observância às diretivas antecipadas de vontade quando o enfermo não puder decidir por se encontrar em estado de incapacidade.

As DAV visam assegurar a efetividade do titular do bem jurídico *vida*, ou seja, o cumprimento da vontade do enfermo quanto à aplicação da Ortotanásia e outros procedimentos que deseja ou não lhe sejam aplicados. A grande questão da aplicação desse procedimento reside no atendimento a essa vontade da pessoa, que deve ser atendida, no momento da terminalidade da vida, ou seja, a efetividade do cumprimento dessa vontade, pois de nada adiantaria à pessoa desejar a Ortotanásia se não houvesse instrumentos aptos a fazer valer sua vontade. Visando à efetividade da autodeterminação da pessoa, existe hoje a possibilidade das diretivas antecipadas de vontade, também conhecidas como testamento vital. Trata-se de uma manifestação de vontade por meio da qual a pessoa consciente declara o que deve ser feito em momento futuro, quando já não estiver mais em condições de se manifestar de forma livre e racional, conforme lição de Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald (2023): o paciente com doença terminal que declarou sua vontade deve ter respeitada sua autonomia, a fim de efetivar sua dignidade, pois a partir da Resolução CFM nº 1.995/12, a declaração prévia de vontade é válida e eficaz a ante a premente necessidade de respeitar a autonomia do paciente, segundo os preceitos ético-jurídicos e da terminalidade da vida humana (FARIAS; ROSENVALD, 2023).

Este é o cerne da questão da efetivação da Ortotanásia: como se garante o cumprimento da vontade expressa nas diretivas antecipadas de vontade? Como efetivar a manifestação de vontade declarada nas diretivas antecipadas de vontade ou testamento vital?

> Esta seria a forma de efetivá-lo: fazendo valer as suas disposições

> conforme vontade expressa de forma livre e consciente por seu titular em momento de plena lucidez. Esse fato imprimiria efetividade ao direito fundamental à escolha, à autodeterminação e à dignidade da pessoa que se preocupa em deixar um Testamento Vital, por entender que certos tratamentos lhe serão absolutamente fúteis, desnecessários e lhe diminuirão a dignidade em uma fase da vida que deve ser tão prestigiada quanto as demais. Se o nascimento – que marca o início da vida – é cercado de tantas cautelas, não seria razoável, nem justo, deixar de privilegiar o momento derradeiro da existência humana – a hora da morte –, ceifando da pessoa seu poder de escolha e sua possibilidade de decisão em relação ao direito de morrer com dignidade e sem sofrimentos (CABRAL, 2013, p. 173).

Por fim, revisitando as condições de validade da manifestação de vontade, encerramos com Diaulas Costa Ribeiro (2006, p. 273) ao reafirmar que "[...] a autonomia não dispensa a capacidade". É importante lembrar que a pessoa deve ser respeitada em sua vontade e que é titular do direito à autodeterminação, entretanto, para que sua declaração de vontade seja válida, é indispensável que ela esteja no gozo de capacidade no momento em que a manifestou.

6.2.3 Manifestação de vontade perante a família

Diaulas Costa Ribeiro (2006, p. 281) menciona a hipótese em que o paciente "não teve oportunidade de elaborar diretivas antecipadas, mas que declarou a amigos, familiares etc. sua rejeição ao esforço terapêutico nos casos de estado vegetativo ou de doença terminal". O autor considera válidas suas manifestações, devendo a família atender à vontade manifestada de acordo com a declaração testemunhal dessas pessoas, uma vez que o Código Civil, no artigo 107, prescreve: "A validade da declaração de vontade não dependerá de forma especial, senão quando a lei expressamente a exigir" (BRASIL, 2002).

Concordamos que a família poderá proceder ao cumprimento da vontade notória em âmbito familiar, entretanto, Luciana Dadalto (2020, p. 55) somente admite o Testamento Vital como documento escrito como forma essencial para "dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade".

CONCLUSÕES

Nesta circunstância, convém sentar-se junto ao leito de um paciente terminal que, numa prolongada agonia, luta contra o sofrimento, concentrar-se na expressão dos olhos angustiados que buscam sem encontrar um alívio libertador (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 454).

A finitude do ser humano é assunto delicado, pois o homem é o único ser consciente de que esse dia chegará; por isso a morte apresenta uma face quase mística, conta com poucos estudos sistemáticos, já que as pessoas sentem medo e preferem não falar no assunto, escolhendo tacitamente deixar que a vida aconteça e que a morte chegue sem planejamento. Entretanto, é chegada a hora do enfrentamento, de se entender a morte como processo natural de finitude da vida, e a terminalidade começa a ser objeto de preocupação de pessoas que formam grupos de debates e reflexões pensando em programar-se para morrer com dignidade – é o caso do *Death Cofe*, uma iniciativa francesa que começa a influenciar o Brasil.

Revisitando aspectos importantes ao estudo da Ortotanásia, pudemos constatar que, a partir da segunda metade do século XX, o desenvolvimento tecnocientífico e o progresso dos meios de comunicação passaram a determinar substanciais alterações na sociedade, sobretudo no que tange à adoção de novas tecnologias. Aplicadas a serviço da saúde, as novas tecnologias passaram a prolongar a vida humana por um lapso temporal cada vez maior, que começou a preocupar a comunidade científica, pois protelar a morte tornou-se uma prática usual, a despeito dos sofrimentos e agruras do paciente em fase terminal de doença apresentando quantitativamente uma melhoria, um considerável acréscimo aos dias, meses e até anos de sobrevida.

Nesse contexto, Jacques Roskam, estudioso do tema na Universidade de Liege (Bélgica), preocupado em reduzir a dor e o sofrimento dos pacientes com doenças incuráveis e inviáveis do ponto de vista de possível reversão do quadro, cunhou, no I Congresso de Geriatria e Gerontologia, na Bélgica, em 1950, a expressão Ortotanásia, formada pelos vocábulos gregos *ortho* (certa) e *thanatus* (morte), explicando que, entre a eutanásia (abreviação da vida) e a distanásia (prolongamento excessivo do processo de morte), havia um meio termo, que é a morte justa e correta, "no tempo certo" – a Ortotanásia. Trata-se de um conceito incompreendido durante muitos anos, pelo fato de muitos confundirem-no com o de Eutanásia, que no século XX assumiu uma conotação negativa. Foi necessário o movimento de humanização das ciências ganhar relevo para que a Ortotanásia começasse a ser compreendida em sua essência.

Essa mudança de paradigma se deu na legislação brasileira, sobretudo a partir da nova ordem constitucional, quando a Constituição Cidadã incluiu a dignidade da pessoa humana logo no seu artigo inaugural, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, demonstrando que os direitos

de personalidade se transformaram em um axioma, um valor a ser privilegiado. Mais que princípio, a dignidade da pessoa humana passou a ser uma fonte de onde emana, não somente a legislação, mas a tutela da pessoa e a orientação ética e humana de todas as condutas no estado democrático de direito, tornando de obrigatória observância a proteção e a intangibilidade dos direitos existenciais – aqueles inerentes à dignidade da pessoa humana. Desde então, o movimento de constitucionalização do Direito Civil impôs não só uma visão humanizada, mas obediência à principiologia ditada pela constituição e principalmente, que os direitos existenciais sejam interpretados à luz da principiologia constitucional, exigindo a releitura das relações pelo viés da dignidade, da solidariedade e da liberdade, dentre outros princípios constitucionais. Foi outorgada pela vigente CF uma tutela que passa a permear todas as questões relativas à existência humana e suas emanações, passando o respeito à pessoa e aos direitos existenciais a ser o fio condutor de todas as condutas em sociedade.

A Ortotanásia, mesmo sem contar ainda com normativa jurídica específica, vem sendo estudada no Brasil de forma incipiente, com restrições por parte da Filosofia e alguns questionamentos sobre a legalidade da aplicação em relação aos fundamentos jurídicos, sendo a conduta avaliada e aprovada à luz da principiologia. É necessário destacar que no aspecto médico se tem verificado maior avanço do reconhecimento da Ortotanásia como tutela da dignidade da pessoa humana e como fundamento da morte digna em consequência de uma vida igualmente digna, talvez a maior aspiração da constituição cidadã. Desde que o movimento de humanização atingiu as ciências da saúde, a Medicina começou a ser impactada pela necessidade de tratar a pessoa enferma com humanidade e empatia, oferecendo-lhe alívio para a dor e bem estar emocional, tanto que, em 2006, a Resolução Nº 1.805 do CFM disciplinou a conduta médica ortotanásica objetivando minorar a dor e proporcionar bem estar à pessoa doente.

Nessa linha de intelecção, a preocupação com a existência humana passou a preocupar os estudiosos não mais estritamente quanto à vida, mas em relação ao final da vida humana, no que respeita a morte e o morrer da pessoa humana, numa fase em que a população mundial está, aos poucos, caracterizando-se como idosa, pois o fenômeno do envelhecimento se tornou uma realidade incontestável. Então, a Ortotanásia passa a ser entendida sob o prisma da proteção à pessoa, a ser estudada como um tema multifacetado e interdisciplinar, que apresenta interfaces com aspectos inerentes a várias ciências, como Medicina, Direito, Bioética, Biodireito, Filosofia, Psicologia e Biomedicina. Tratam-se de ciências cujo

cerne é a proteção da pessoa e sua dignidade. Não mais uma proteção míope à vida, nos moldes concebidos em fases históricas antecedentes às reflexões sobre direitos humanos, inspiradas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos ("todos os homens são livres e iguais em direitos e dignidade") no pós-guerra em resposta às atrocidades que a humanidade cometeu contra seus iguais naquele momento histórico. Mas uma nova perspectiva que leva à concepção de um direito à vida relativo, que analisado em relação aos princípios constitucionais e sopesado com os demais direitos de personalidade, alça a dignidade a um plano mais elevado que a vida como bem jurídico tutelado. E todas as vezes que se vê a dignidade em risco, devemos optar por sua preservação, pondo-a a salvo de toda lesão ou ameaça.

Vivemos então, neste novo milênio, uma era de direitos relativos, não havendo mais lugar para os absolutos e estanques, sendo que todos os demais direitos devem estar a serviço da proteção da dignidade da pessoa humana, como axioma do ordenamento jurídico e dos parâmetros da Medicina contemporânea. Começa a ruir o paternalismo ditado pelo princípio da beneficência que regeu a Bioética na primeira metade do século passado e que movia o médico (que detinha poder decisório) a agir independentemente da vontade do paciente e em seu benefício. Além disso, a obstinação terapêutica, outrora praticada e justificada por uma interpretação equivocada do juramento hipocrático, passa a ser repensada, assumindo o médico uma postura de respeito à pessoa e à sua autodeterminação, sua capacidade de autogovernar-se, de exercer escolhas livres e conscientes sobre sua vida, sua saúde e seu futuro – uma verdadeira ressignificação da Medicina ante a pessoa humana e sua dignidade.

Adotamos então a dignidade da pessoa humana como premissa de obrigatória observância, por isso reafirmamos a Ortotanásia não como *deixar morrer* simploriamente; antes, deve ser adotada de forma a assegurar a dignidade do paciente, mediante a presença de três pressupostos já identificados e analisados, requisitos objetivos, sem os quais não poderemos aplicá-la, sob pena de ferirmos os parâmetros éticos: constatação de estado de terminalidade da doença, consentimento livre e consciente da pessoa enferma e adoção de cuidados paliativos.

A análise da Ortotanásia e sua adoção no Brasil, conforme destacamos, é tema amplo e ainda merecedor de muitos estudos. Entretanto, podemos afirmar, como fruto de pesquisa de investigação realizada, que quanto à eticidade e à licitude, o procedimento ortotanásico está em plena conformidade com a lei,

atendendo aos padrões éticos ditados pelo Código de Ética Médica, pela principiologia civil-constitucional e criminal, e ainda pela sociedade no contexto desta terceira década do terceiro milênio. Não se constitui também conduta reprovável, sendo considerada lícita, devidamente autorizada pelo CFM, mediante normativa própria: a Resolução Nº 1.805/06.

A Ortotanásia enquanto morte digna e no tempo certo, nem antecipada pela eutanásia, tampouco postergada pela distanásia, foi analisada à luz do Direito Civil-constitucional, que a admite, com base na principiologia e no Direito Criminal, que entende pela licitude da prática, uma vez que pretende descriminalizar a conduta por meio da reforma do Código Penal Brasileiro, em tramitação (Projeto de Lei Nº 236/12).

A grande preocupação reside na efetividade da decisão da pessoa enferma pela Ortotanásia. Efetivar a vontade é torná-la real no mundo fático; é cumprir a decisão da pessoa que livremente optou por essa forma de morrer. Se a pessoa faz a opção por uma morte serena e digna e, no momento de promovê-la, a família opta pelo excesso terapêutico, já que o paciente não pode mais manifestar vontade, frustram-se os objetivos e cerceia-se o direito de escolha, comprometendo o cumprimento da vontade da pessoa que escolheu morrer de forma humana e serena. Na tentativa de minimizar as ocorrências desses fatos e imprimir efetividade à vontade do titular da vida, recomendamos a anotação da opção pela Ortotanásia no prontuário médico, comentários com pessoas da família e amigos (a fim de dar notoriedade à decisão) e elaboração DAV em documento escrito, datado e assinado, em que essa escolha se torne clara e apta ao cumprimento. É necessário que a família do enfermo se empenhe em respeitar sua vontade manifestada anteriormente, quando ainda gozava de capacidade para fazê-lo.

Ortotanásia é um tema polêmico, pouco debatido, de escassa literatura, mas prospectivo e tendente a se firmar na medida em que a sociedade se conscientizar sobre o fato de que promover a morte digna é coroar de êxito o final da existência e dar à vida digna um sentido novo quando a finitude chegar. Nesse sentido, precisamos fomentar debates abertos na academia e na sociedade, que são lócus onde nascem e se desenvolvem grandes questionamentos, que são (ou não) respondidos, mas importantes senão determinantes na medida em que influenciam uma postura nova e humana, consciente e objetiva, escolhida e determinada para enfrentar com planejamento, cuidado e serenidade a morte, como final da existência humana, o fim da personalidade, uma fase tão nobre e

vulnerável como os primeiros dias de vida de um ser humano.

No contexto da Ortotanásia é essencial que a dignidade da pessoa enferma seja respeitada e observada a tríade de requisitos autorizadores, já mencioados: doença em fase terminal, consentimento da pessoa enferma e implementação de todos os cuidados paliativos necessários à promoção de seu bem estar psicofísico, emocional, social e espiritual. Assim, será a Ortotanásia lícita e ética. Entretanto, se não observado qualquer desses critérios, será desvirtuado o real sentido da Ortotanásia, tornando a conduta antiética e lesiva à dignidade da pessoa enferma. Consequentemente, concluímos: sem a constatação do estado de terminalidade, seria eutanásia; sem consentimento da pessoa doente, seria arbitrariedade, portanto, lesão aos seus direitos de personalidade; sem cuidados paliativos, seria abandonar o paciente à própria sorte (o que configurará mistanásia: a morte miserável).

Remetemos, por derradeiro, à fecunda lição de que o cuidado é o maior desafio deste novo milênio em que a população se torna progressivamente idosa. Concluímos com nossos inspiradores bioeticistas Pessini e Barchifontaine (2014, p. 453), ao reconhecer o valor do cuidado para o momento do início e também a finitude da existência humana, uma arte que combina habilidade tecnocientífica e ternura, pois “a chave para morrer bem está no bem viver!”. Deus abençoe, complemente e esclareça a todos nós, sempre!

REFERÊNCIAS

AGREST, Diana Cohen. *Por mano propia*: estudio sobre las prácticas suicidas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

AGUIAR, Ruy Rosado de (Coordenador Científico). *Jornadas de direito civil I, III, IV e V*: enunciados aprovados. Brasília: Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários, 2012.

AMATRIAIN, Roberto Cataldi. *Introducción a la bioética del siglo* XXI. Buenos Aires, Hygea, 2017. p. 103.

ALMEIDA, João Ferreira de. *A Bíblia Sagrada*. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2. ed, revista e atualizada 1993.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro* – genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.

BARBOZA, Heloisa Helena. Autonomia em face da morte: alternativa para eutanásia? In PEREIRA, Tânia da Silva; MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOZA, Heloisa Helena. *Vida, morte e dignidade humana*. Rio de Janeiro: GZ, 2010.

BARCELLOS, Ana Paula de. *A Eficácia Jurídica dos Princípios Fundamentais* – O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Renovar. 2ed. São Paulo: 2008.

BARROSO, Luís Roberto. *O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas*. 9. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

BERTACHINI, Luciana; PESINI, Leo. *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida*. São Paulo: Paulinas, 2011.

BLANCO, Luis Guillermo. *Muerte digna*: considerações bioético-jurídicas. Buenos Aires: AD-HOC S.R.L, 1997.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos da personalidade e autonomia privada*. São Paulo: Saraiva, 2. ed., 2007.

BRAGA, Suzana de Souza Montenegro. Pacientes terminais e a qualidade de morte. In: ESCUDEIRO, Aroldo (coord.). *Tanatologia*: conceitos, relatos, reflexões. Fortaleza: LC, 2008.

BRASIL. CÓDIGO CIVIL. LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em 20fev2023

BRASIL. CFM. *Resolução Nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina*. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em: 07mar2023.

BRASIL. CFM. *Resolução Nº 1.995 de 2012*. Dispões sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244750 Acesso em 24mar2023.

BRASIL. *Resolução CFM Nº 2.256 de 2016*. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=331807 Acesso em 23mar2023

BRASIL. CFM. *Código de Ética Médica* – Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf Acesso em 22mar2023

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988). Disponível em http://www.senado.gov.br.

BRASIL. *CREMESP*. www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3 Site do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Juramento de Hipócrates. Acesso em 29.06.2015.

BRASIL. *Cuidado Paliativo*. Disponivel em www.paliativo.org.br/dl.php?bid=15 Acesso em 30 jun.2017.

BRASIL. *LINDB*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del4657compilado.htm acesso em 28.05.2017.

BRASIL. *PLS 166/2000*, Projeto de Lei do Senado Federal. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a Ortotanásia. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/Materia/getPDF.asp?t=71461&tp=1. Acesso em: 06 set. 2014. Texto Original.

BRASIL. *PLS 236/2012*. Projeto de Lei do Senado Federal. Reforma do Código Penal Brasileiro. Disponível em http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=106404. Acesso em 06 set. 2014. Texto Original.

BRASIL. *PLS 524/2009*. Projeto de Lei do Senado Federal. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Disponível em http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=94323. Acesso em 06 set. 2017. Texto Original.

BRASIL. *TJMG*. *Apelação Cível 1.0443.17.003149-8/001*, Relator(a): Des.(a) Albergaria Costa, 3ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 19/12/2019, publicação da súmula em 23/01/2020. Disponível em https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/800635654/inteiro-teor-800635824 Acesso em 25mar2923

BRASIL. *TJRS. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. AI Nº 70060006798*, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luís Dall›Agnol, Julgado em: 27-08-2014. Disponível em https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rs/137159218/inteiro-teor-137159223 Acesso em 23fev2023

BRASIL. *TJRS. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. AJALR Nº 70042509562*. Relator Des. Arminio José Abreu lima da Rosa, decisão de 1ª de junho de 2011.

BRASIL. *TJRS. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Apelação Cível nº 70054988266* (N° CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000), Desprovida por unanimidade. Relator: Des. Irineu Mariani. Porto Alegre, 20 de novembro de 2013.

CABETTE, Eduardo Luiz Santos. *Eutanásia e ortotanásia*: comentários à Resolução 1.805/06 CFM – aspectos éticos e jurídicos. Curitiba: Juruá, 2013.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. A pessoa idosa na perspectiva da bioética deste milênio. In CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat et al. *Geriatria e Gerontologia*. Campos dos Goytacazes-RJ: Encontrografia, 2022, p. 17-28.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. *Mistanásia em tempos de Covid-19*. Campos dos Goytacazes-RJ: Encontrografia, 2020.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. *Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais* – uma visão interdisciplinar Direito e Medicina. Curitiba: *Appris*, 2018.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. O testamento vital e a efetividade do direito fundamental à autodeterminação, p. 157-156. In: COELHO, Márcio Xavier. *Estado e sociedade brasileira*: 25 anos da constituição cidadã. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. ORTOTANASIA: "permitir morir" no significa sencillamente "dejar morir". In: TINANT, Eduardo Luis (cordinador). *Anuario de Bioetica Juridica*. IIDH, Buenos Aires, 2017.

CABRAL, Hildeliza Boechat; ROBLES-LESSA, Moyana Mariano; ARQUETTE, Alinne. El testamento vital y la eficacia de la autodeterminación del usuario del sistema de salud pública. In: TINANT, Eduardo Luis (cordinador). *Anuario de Bioetica Juridica*. IIDH, Buenos Aires, 2021.

CAMATA, Gerson. Em defesa da Oortotanásia. In PEREIRA, Tânia da Silva; MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOZA, Heloisa Helena. *Vida, morte e dignidade humana*. Rio de Janeiro: GZ, 2010.

CASSORLA, Roosevelt M. S. A negação e outras defesas frente a morte. In SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos* – discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

CATÃO, Marconi de Ó. *Transplante de órgãos humanos e direitos de personalidade*. Santana: Madras, 2004.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*. São Paulo: Gen, Gen/Atlas, 15 ed., 2022.

CHAVES FILHO, Amauri. Análise dos resultados. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. *Ortotanásia*: Bioética, Biodireito, Medicina e direitos de personalidade. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

CONSTANT, Leticia. RFI – *AS VOZES DO MUNDO*. Brasil ganha 1°death cafe, que reúne pessoas para falar sobre a morte. Publicado em 13.maio.2015. Disponível em http://br.rfi.fr/geral/20150513-brasil-adere-ao-cafe-da-morte-que-quebra-tabu-sobre-o-tema Acesso em 10.dez.2015.

CUIDADO PALIATIVO. CREMESP. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

DADALTO, Luciana. *Testamento vital*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do Biodireito*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DRANE, James F. *Alívio para o sofrimento e a depressão*. Tradução Adail Sobral. São Paulo: Paulos, 2015.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos* – seguido de “Envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: Zahar, Tradução Plínio Dentzien. 2001.

FARIAS, Cristiano Chaves. In CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral. *Ortotanásia*: Bioética, Biodireito, Medicina e direitos de personalidade (Prefácio). Belo Horizonte: Del Rey, 2015, p. XVI.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Curso de Direito Civil* – parte geral e LINDB. Salvador: Juspodivn, 2023.

GÓIS, Marília Mesquita. Diferença entre eutanásia e ortotanásia. *Ortotanásia, uma morte digna*. Disponível em http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3734/Ortotanasia-decisao-polemica, 2007, acesso em 04 jun. 2017.

GOLDIM, José Roberto. Caso Nancy Cruzan – retirada de tratamento. Morte e morrer. *Bioética UFRS*, 2005. Disponível em http://www.bioetica.ufrgs.br/nancy.htm

GOLDIM, José Roberto. Caso Terry Schiavo – retirada de tratamento. Morte e morrer. *Bioética UFRS*, 2005. Disponível em http://www.bioetica.ufrgs.br/terri.htm

GOMES, Luiz Flávio. Ortotanásia: morte digna? *Revista Magister de Direito penal e processual penal*, Nº 43, ago/set. 2011. Porto Alegre: Magister, 2011.

HONNEFELDER, Ludger. Qualidade de vida e dignidade humana: fins e critérios do prolongamento médico da vida. In BERTACHINI; PESSINI. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**. São Paulo: Paulinas, 2011

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*. Abr 2014, vol. 22, no. 1, p. 94-104.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: WMF Marins Fontes, 2012.

LICHFIELD, JOHN. VINCENT LAMBERT CASE: FRANCE GRIPPED BY ‘RIGHT TO DIE’ CASE OF TETRAPLEGIC FORMER NURSE AND AN ATTEMPT TO ‘KIDNAP HIM FROM HIS HOSPITAL BED’. INDEPENDENT, 2015. DISPONÍVEL EM HTTP://WWW.INDEPENDENT.CO.UK/NEWS/WORLD/EUROPE/VINCENT-LAMBERT-CASE-FRANCE-GRIPPED-BY-RIGHT-TO-DIE-CASE-OF-TETRAPLEGIC-FORMER-NURSE-AND-AN-ATTEMPT-10419934.HTML ACESSO EM 12.DEZ.2017.

LIGIERA, Wilson Ricardo. Os princípios da bioética e os limites da atuação médica. *Revista Ibero-Americana de Direito Público.* Rio de Janeiro, ano 5, n. 20, p. 410-427, 4.º trim. 2005.

MARREIRO, Cecília Lôbo. *O direito à morte digna*: uma análise ética e legal da ortotanásia; Curitiba: Appris, 2014.

MARTIN, Leonard M. *Eutanásia e distanásia*: iniciação à bioética. Revista do Conselho Federal de Medicina. 1998, p. 171-192.

MELLO, AGC. *Cuidados paliativos*: abordagem contínua e integral. In: SANTOS, FC. Cuidados paliativos: discutindo a vida a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 18, p. 257-266.

MÖLLER, Letícia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia* – o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade. Curitiba: Juruá, 2012.

MORAES, Maria Celina Bodin. *Danos à pessoa humana* – uma leitura civil-constitucional dos danos morais. 4. tir. 2. São Paulo: Renovar, 2009.

MORAES, Maria Celina Bodin de. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. In MORAES, Maria Celina Bodin (org). *Princípios do Direito Civil Contemporâneo*. São Paulo: Renovar, 2006.

NAMBA, Edison Tetsuzo. *Manual de bioética e biodireito*. São Paulo: Atlas, 2009.

OLIVEIRA, Maria Zeneida Puga Barbosa; BARBAS, Stela. Autonomia do idoso e distanásia. *Revista Bioética*, Ago 2013, vol. 21, no.2, p.328-337.

PAOLO, Edvige di; RIBAS, Luciane A.; PEREIRA, Maria R. R. Eutanásia Social: Um Estudo de Caso da População de Rua de Juiz de Fora. In: *CES Revista*. Juiz de Fora, 2006.

PENHA, Ramon Moraes. Finitude e terminalidade: um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em enfermagem. In SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos* – discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

PERLINGIERI, Pietro. *Perfis do direito civil*: introdução ao direito civil constitucional. 3. ed. São Paulo: Renovar, 2007.

PESSINI, Leocir. A eutanásia na visão das maiores religiões (budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo). In: BARCHIFONTAINE, Cristian de Paul de; PESSINI, Leocir. Bioética: alguns desafios. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

PESSINI, Leocir. *Distanásia*: Até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI, Leocir. *Eutanásia*: por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 2014.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O mundo da saúde*, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de; HOSSNE, William S. Bioética em tempos de globalização. São Paulo, Loyola, 2015.

PESSINI, Leocir; HOSSNE, Willian Saad. A nova edição (4ª.) da Enciclopédia de Bioética. *Revista Bioethikos* – Centro Universitário São Camilo, p. 359-364, 2014.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. In: PEREIRA, Rodrigo da Cunha (Coord.). *Família e dignidade humana*. Anais do V Congresso de Direito de Família. Belo Horizonte: IBDFAM, 2006.

RÖHE, Anderson. *O paciente terminal e o direito de morrer*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

ROSENVALD, Nelson. Dignidade humana e boa-fé no Código Civil. São Paulo: Saraiva, 2007.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Direito de morrer*: eutanásia, suicídio assistido. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer*: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SANCHEZ Y SANCHES, Kilda Mara; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 44, p. 23-34, mar. 2013.

SANTORO, Luciano de Freitas. *Morte Digna*: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2012.

SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos* – Diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos* – discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

SÃO PAULO. *LEI ESTADUAL Nº 10.241/1999*. Disponível em http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/168477/lei-10241-99. Acesso em 20 abr.2015.

SCREIBER, Anderson. *Novos Paradigmas da Responsabilidade* Civil: da erosão dos filtros da reparação à diluição dos danos. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

SERTÃ, Renato Lima Charnaux. *A distanásia e a dignidade do paciente*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

SILVA, José Antônio Cordero da et al. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. Revista Bioética, Ago 2014, vol. 22, n. 2, p.358-366.

SILVA, Ludmila de Oliveira Araújo. TCC. Ortotanásia: aspectos jurídicos e entendimento jurisprudencial. Goiânia: *Pontifícia Universidade Católica de Goiás*. Escola de Direito e Relações Internacionais, 2021.

TAKITO et al. Cuidados com o doente terminal: Considerações técnico-científico, ética e humanitária. Revista Brasileira Oncologia Clínica, 2004. Vol. 1. N. 1 (Jan/Abr), p. 23-32.

VANE, M.F.; POSSO, I.P. Opinião dos médicos das Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia. *Revista Dor*, v. 12, n. 1, p. 39-45, 2011.

VIEIRA, Mônica Silveira. *Eutanásia*: humanizando a visão jurídica. Curitiba: Juruá, 2012.

VON-HELD, Andréa Rodrigues. Adoção de tratamentos paliativos. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. *Ortotanásia*: Bioética, Biodireito, Medicina e direitos de personalidade. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

WHO. *World Health Organization*. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. 75 p. Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1990 (Technical Report Series (WHO), 804.

ANEXO 1 – RESOLUÇÃO Nº 1.805/2006 DO CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante";

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1° da Resolução CFM n° 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que

prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente
LÍVIA BARROS GARÇÃO – Secretária Geral

"Há um significado forte
na mão que cuida e que ampara:
torna-se o amor o suporte
quando enfim o organismo para."

HILDELIZA LACERDA TINOCO BOECHAT CABRAL

Doutora e mestra em Cognição e Linguagem (UENF).

Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (UFES).

Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

Membro da Asociación de Bioetica Juridica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina).

Membro do Instituto Brasileiro de Estudos de Responsabilidade Civil (IBERC).

Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH).

Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM).

Membro da Academia Itaperunense de Letras (ACIL).

Pesquisadora. Extensionista. Professora universitária dos Cursos de Direito e Medicina.

Embaixadora de Cristo

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3000681744460902.

Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9871-8867.

ORTOTANÁSIA

a arte de bem morrer no tempo certo

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora

2023

ORTOTANÁSIA

a arte de bem morrer no tempo certo

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
2023